

UNIVERSIDADE FEDERAL DO ESPÍRITO SANTO

DANIELLY ABREU XAVIER

**UMA TESSITURA ENTRE SABERES E
PRÁTICAS: RABISCOS SOBRE O ESTIGMA, A
PRODUÇÃO DE CUIDADO E A FORMAÇÃO DOS
PROFISSIONAIS DA SAÚDE NA ATENÇÃO AO
SUICÍDIO**

VITÓRIA

2018

DANIELLY ABREU XAVIER

**UMA TESSITURA ENTRE SABERES E PRÁTICAS:
RABISCOS SOBRE O ESTIGMA, A PRODUÇÃO DE
CUIDADO E A FORMAÇÃO DOS PROFISSIONAIS DA
SAÚDE NA ATENÇÃO AO SUICÍDIO**

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Psicologia Institucional do Centro de Ciências Humanas da Universidade Federal do Espírito Santo, como requisito para a obtenção do título de Mestre em Psicologia Institucional, na área de Subjetividade, Saúde e Clínica.

Orientador(a): Prof.^a Dra. Adriana Leão

VITÓRIA

2018

DANIELLY ABREU XAVIER

**UMA TESSITURA ENTRE SABERES E PRÁTICAS: RABISCOS
SOBRE O ESTIGMA, A PRODUÇÃO DE CUIDADO E A FORMAÇÃO
DOS PROFISSIONAIS DA SAÚDE NA ATENÇÃO AO SUICÍDIO**

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Psicologia Institucional do Centro de Ciências Humanas da Universidade Federal do Espírito Santo, como requisito para a obtenção do título de Mestre em Psicologia Institucional, na área de Subjetividade, Saúde e Clínica.

Aprovada em ____ de _____ de 2018

COMISSÃO EXAMINADORA

Prof.^a Dra. Adriana Leão

Universidade Federal do Espírito Santo
Orientadora

Prof^o. Dr. Jesio Zamboni

Universidade Federal do Espírito Santo

Prof^a. Dr^a. Maria Carmem Moldes Viana

Universidade Federal do Espírito Santo

(In memorian)

À minha mãe,

mulher de aço e mulher de flor...

o amor transborda, não cabe em papel.

Sua presença é eterna.

Até um dia... ***Sol que irradia!!!***

AGRADECIMENTOS

Chegar ao momento de agradecer me traz à lembrança de uma caminhada e tantas outras, potencializada de muitos afetos.

Aos que estiveram comigo, perto ou de longe...

Agradeço a **Luz Divina** que está em tudo e tudo produz em potência.

À minha família que é perfeitamente imperfeita.

Aos meus pais, **Otávio e Solenir**, por me oportunizarem as escolhas na vida, pelo apoio incondicional e amor que me fortalecem. E por me possibilitar entender que os encontros e o acolhimento nos produzem.

Aos meus irmãos, **Stephany e Otávio Jr.** pelo companheirismo, apoio e por tornarem minha vida mais alegre. Aos dois, gratidão por me trazerem **Beatriz, Eduardo e João Miguel**.

Ao meu filho, Matheus, o maior presente que Deus me deu. Gratidão por me escolher, gratidão pela possibilidade de me tornar mãe, gratidão por todo ensinamento de vida. Não tenho certeza se teria chegado aqui sem você.

Ao meu companheiro de jornada, **Rogério**. Por me incentivar e fortalecer a cada nova escolha. Pela compreensão e o apoio nos momentos difíceis, por estar sempre presente.

Muito obrigada a **minha orientadora Adriana Leão**, pela acolhida, pelo conforto e apoio. Diante de tantas mudanças você esteve comigo. Gratidão por acreditar em mim.

À minha amiga Suellen, guerreira. A você minha amiga, muito obrigada especialmente pelos abraços e gargalhadas. Foram tempos de intensidades mil. Adoro ter você em minha vida.

À minha amiga, terapeuta, parceira **Daniela Reis** pela alegria de viver, pelo amparo, carinho e escuta; pela tranquilidade e segurança que transmite. Nossos destinos se cruzam...

Às minhas amigas **Cátia e Adriana**, e a toda dor e delícia que encontros pode nos proporcionar. Gratidão pela sensibilidade e afetividade sempre presentes em nossos encontros.

Um agradecimento especial para **Chyslei**, pelo encontro inesperado, de puro aprendizado, amor e simplicidade. Por me ouvir, por chorar junto e se afetar...

À **Bárbara**, militante, minha amiga de outras vidas e outros vendavais. Muito Obrigada por me contagiar com sua força pulsante, sua energia. Que nossos encontros continuem se renovando em alegria.

À **Ali**, pela surpresa de te conhecer. Apesar da distância, você me ensina a cada dia o valor do respeito, do amor incondicional, da amizade, da dedicação, da superação, e principalmente sobre humanidade. Não cabe em mim a gratidão desse encontro. Assalamualaikum.

Agradeço ao **Grupo de Trabalho de Prevenção ao Suicídio do ES**, pelo aprendizado, pelo afeto e apoio nessa caminhada. Um grupo cada vez maior, e mais potente.

A todos os colegas e professores de turma. Obrigada pelos encontros reflexivos e construtivos.

À **Soninha**. Obrigada pelos momentos de escuta, pelo apoio e carinho. O PPGPSI fica mais colorido com você.

A **minha equipe do SASVV**, que me acolheu, que apresenta a cada encontro as inúmeras potências de se trabalhar em equipe, e novas formas de se produzir saúde.

À **Carmem** por aceitar meu convite de qualificação e defesa, pela suavidade que carrega em sua fala. Pelo encontro especial que continua se renovando.

Agradeço a **Jesio Zamboni**, pelo respeito e convívio com as diferenças. Que nossos caminhos ainda possam se cruzar, das mais variadas formas possíveis. Foram poucos, mas bons encontros. Gratidão compa!!!

Grata a Jesio e a Carmem pela disponibilidade, pelo cuidado e carinho com meu texto. Pelas sugestões tão ricas na qualificação.

À **Wadelza e Andressa**. Obrigada pelo tempo despendido, pela compreensão, pelos valiosos ensinamentos.

Muitas pessoas ficaram de fora aqui, mas com certeza compõe esse trabalho, da maneira que for. Amizades que fiz ao longo de todo esse tempo, parentes distantes que trago no coração. Estão todos aqui, escrevendo comigo.

Então somos um grau de potência, definido por nosso poder de afetar e de ser afetado, e não sabemos o quanto podemos afetar e ser afetados, é sempre uma questão de experimentação. [...] Vamos aprendendo a selecionar nossos encontros, e a compor, é uma grande arte. A tristeza é toda paixão que implica uma diminuição de nossa potência de agir; a alegria, toda paixão que aumenta nossa potência de agir. [...] Existir é, portanto, variar em nossa potência de agir, entre esses dois pólos, essas subidas e descidas, elevações e quedas.

(PELBART, p. .1)

RESUMO

Objetiva-se analisar as capacitações oferecidas aos profissionais de Saúde sobre a efetivação do cuidado às pessoas que vivem questões relacionadas ao suicídio. A ênfase está no campo das políticas públicas estabelecidas no Brasil. A pesquisa desenvolve-se por revisão narrativa de literatura, com o seguinte corpus de análise: periódicos científicos publicados nas principais bases de dados eletrônicas da Biblioteca Virtual em Saúde (BVS), como Medline e Lilacs; periódicos do portal da Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior (CAPES); textos acadêmicos da Biblioteca Digital Brasileira de Teses e Dissertações (BDTD); livros, dissertações, publicações governamentais e outras referências citadas nos trabalhos, em articulação com a trajetória profissional do pesquisador. A utilização dos dados se deu a partir da modalidade de análise temática. As categorias tratadas no estudo são: estigma e tabu, produção do cuidado, prevenção do suicídio e formação profissional. O diálogo com a produção acerca do tema ocorreu pelo eixo da Micropolítica do Trabalho Vivo em Ato, a partir do teórico Merhy (2003; 2007), e seu diálogo com outros autores. Constatou-se que o perfil da formação do profissional da Saúde interfere diretamente na produção do cuidado dispensado às pessoas com comportamento suicida, incluindo a estigmatização. O fortalecimento e a efetivação dos princípios e diretrizes das políticas de Saúde, incluindo uma política para a prevenção ao suicídio, é um desafio aos profissionais e gestores, na medida em que há uma fragmentação entre a identificação das reais necessidades em saúde e o intuito de elaborar estratégias que produzam saúde integral. Nesse contexto, a qualificação e o comprometimento dos profissionais de Saúde se tornam *mais que uma estratégia*, mas uma atitude diante da vida. As formações específicas sobre o tema suicídio podem ser realizadas, com a garantia de educação permanente como estratégia de promoção e prevenção inseridas no cotidiano dos profissionais.

Palavras-chaves: Prevenção do suicídio. Formação do profissional de Saúde. Produção do cuidado. Estigma.

ABSTRACT

The aim is to analyze qualifications offered to healthcare professionals that nurse people with suicidal matters, emphasizing the field of public politics established in Brazil. The research was carried out through a narrative review of literature and taking the following analysis corpus: scientific journals published on the mainstream electronic data of the Virtual Health Library (BVS), such as Medline and Lilacs; journals from the Coordination for the Improvement of Higher Education Personnel (CAPES); academic papers from the Brazilian Digital Masters and Doctoral Thesis Library (BDTD); books, master's thesis, governmental reports as well as other references used along the papers, in articulation with the researcher's own career. The data were used through the modality of theme analysis. The categories addressed in this study are stigma and taboo, care giving production, suicide prevention and professional qualification. The dialog of the research and the theme was held within the pillar of Live Work Micro politic in Act, from the theoretical Merhy (2003; 2007) and his dialogue with other authors. Regarding the healthcare professional, it was determined that their profile interferes directly on the production of the giving care offered to the ones with suicidal behavior, including stigmatization. The strengthening and establishment of the principles and guidelines of health politics, including politics to prevent suicide, challenge both professionals and managers, since the identification of health sphere real needs detaches from the intent to elaborate new strategies the yields full heath issues. Within this context, the qualification and engagement of the health professionals becomes more than a strategy, but a stand toward life. The specific qualifications about suicide issues can be reached by securing permanent education as a method for promotion and prevention embedded on these professionals daily life.

Key words: Suicide prevention. Healthcare professional qualification. Givingca reproduction. Stigma.

LISTA DE SIGLAS

AB - Atenção Básica

ABEPS- Associação Brasileira de Estudos e Prevenção do Suicídio

APS - Atenção Primária à Saúde

AT - Acompanhamento Terapêutico

BVS - Biblioteca Virtual em Saúde

BDTD - Biblioteca Digital Brasileira de Teses e Dissertações

CAPS - Centro de Atenção Psicossocial

CAPS AD - Centro de Atenção Psicossocial Álcool e Drogas

CVV – Centro de Valorização da Vida

CMT - Centro Mineiro de Toximania

CTL - *Commitmentto Living*

EC - Educação Continuada

ENPS- Estratégia Nacional de Prevenção ao Suicídio

EPS - Educação Permanente em Saúde

ESF - Estratégia Saúde da Família

ETSUS - Escolas Técnicas do SUS

GT - Grupo de Trabalho

GTPSES- Grupo de Trabalho de Prevenção de Suicídio do Espírito Santo

HUWC - Hospital Universitário Walter Cantídio

IJF - Instituto José Frota

MTSM - Trabalhadores de Saúde Mental

NASF - Núcleos de Apoio à Saúde da Família

OMS - Organização Mundial de Saúde

PACS - Programa de Agentes Comunitários de Saúde

PNEPS - Política Nacional de Educação Permanente em Saúde

PRAVIDA - Projeto de Apoio à Vida

PSF - Programa de Saúde da Família

PTS - Projeto Terapêutico Singular

RAPS - Rede de Atenção Psicossocial

RAS - Redes de Saúde

SPRC - Suicide Prevention Resource Center

SUS - Sistema Único de Saúde

TO – Terapia Ocupacional

UFC - Universidade Federal do Ceará

VD – Visita Domiciliar

SUMÁRIO

APRESENTAÇÃO	14
1 INTRODUÇÃO	25
1.1 O SUICÍDIO: CONTEXTUALIZAÇÃO HISTÓRICA E ALGUNS CONCEITOS	27
1.2 ESTRATÉGIAS E POSSIBILIDADES NA SAÚDE PÚBLICA.....	36
1.2.1 A Prevenção do Suicídio e algumas implicações nas políticas públicas	40
1.3 TECENDO A REDE DE CUIDADO	46
1.3.1 Movimento da Reforma Sanitária e Psiquiátrica.....	47
1.3.2 A Organização dos Serviços	52
1.4 A POLÍTICA DE EDUCAÇÃO PERMANENTE.....	57
1.5 QUESTÕES NORTEADORAS E OBJETIVOS DA PESQUISA	65
2 PERCURSO METODOLÓGICO E REFERENCIAL TEÓRICO	66
3 DISCUSSÃO E ANÁLISE DOS RESULTADOS.....	76
3.1 ESTIGMA E TABU	77
3.2 PRODUÇÃO DO CUIDADO.....	86
3.3 A PREVENÇÃO DO SUICÍDIO: ESTRATÉGIAS E POSSIBILIDADES ..	115
3.4 PENSANDO A FORMAÇÃO DOS PROFISSIONAIS DE SAÚDE	128
4 CONSIDERAÇÕES.....	142
REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS	151

APRESENTAÇÃO

Boa parte de minha formação acadêmica foi dedicada aos estudos sobre saúde mental. Meu interesse pelo conhecimento dos profissionais de Saúde a respeito do tema suicídio, que enfoco nesta pesquisa de mestrado, é resultado em parte de uma trajetória profissional que resgato nesta escrita por meio de relatos pertinentes desde minha formação até o presente estudo.

Durante minha graduação, estive em busca de algo mais. Era final dos anos 80, quando assistíamos ao movimento da República no Brasil, e as questões sobre coletividade me despertavam interesse. Tive o privilégio de vivenciar esse momento que fervilhava reflexões e que me afetava, aguçando o meu desejo de luta por espaços no coletivo, de garantia de direitos e de relações de inclusão.

Nesse contexto, vivenciei a mudança curricular que a PUC/MG efetivou no curso de Psicologia, possibilitando um fazer em saúde mental e coletiva que contribuísse para a construção de uma cultura crítica quanto às práticas antecedentes e favorecesse a consolidação da Reforma Psiquiátrica no estado de Minas Gerais.

No Brasil, essa era uma época de discussões em defesa de que as universidades estivessem preparadas para oferecer formação ampliada de acordo com a necessidade de saúde da população. Alguns autores, como SOUZA (1999), MATTOS (2001), RONZANI e RIBEIRO (2003), CECCIM e FEUERWERKER (2004a), já vinham discutindo a necessidade de uma reformulação dos conteúdos curriculares de modo que a teoria e a prática não se distanciassem.

Apesar dessa histórica divergência entre teoria e prática, pude vivenciar a articulação entre o pensamento crítico universitário e as ações desenvolvidas nos serviços públicos e privados durante os estágios que realizei. Concordando com Jorge et al. (2009), o estágio é realmente um potente elo no tripé do fazer acadêmico, ensino-pesquisa-extensão. Lembro-me dos professores discorrendo sobre como preparar os futuros profissionais para atuarem em instituições em que a lógica deveria ser modificada, como no caso da assistência ao sofrimento mental, visto que nesses espaços havia uma necessidade de que eles transcendessem o modelo de psicologia clínica tradicional.

Esses estágios curriculares aconteceram desde o 4º período da minha graduação, oportunizando-me atuar em diversos campos. Essas vivências e o acompanhamento de estagiários da Psicologia nos anos em que estive trabalhando em uma Unidade de Saúde da Família, foram fundamentais na continuidade da minha formação.

Em 1990, ingressei no estágio supervisionado de um hospital público psiquiátrico de Belo Horizonte – MG, o Hospital Galba Veloso; no ano seguinte, estagiei no Hospital Raul Soares; ambas experiências despertaram meu olhar para as mudanças nos modos de fazer Saúde Mental no Brasil. Além disso, atuei em centros de saúde municipais e em comunidades da região metropolitana de Belo Horizonte - MG, que fomentaram minha formação ético-profissional e como sujeito, por meio dos diálogos com colegas de curso, professores e representantes das instituições parceiras onde eram desenvolvidos os estágio. Estávamos em um momento importante para a construção da política de saúde mental e um novo modo de fazer saúde no Brasil.

Uma década depois, houve o aumento de financiamento em pesquisas que retratavam a influência da Reforma Psiquiátrica e a expansão do Centro de Atenção Psicossocial (CAPS) no país, ao mesmo tempo em que se aprovavam leis e portarias que permitiam fortalecer o modo de atenção psicossocial.

É importante dizer que, no final da década de 70, segundo Célio Garcia (apud (PASSOS, I.C.F. et al., 2009, p. 55), passamos a ter influência da Psiquiatria comunitária, que proporcionou o surgimento do conceito de saúde mental. A Psicologia, nessa época, começava a se voltar para a Saúde Coletiva, sintonizando suas práticas com o Movimento Sanitarista. Isso fez com que muitas atividades do Setor de Psicologia Social desenvolvessem ações de prevenção, participação e controle social de políticas públicas. A atitude crítica foi possibilitada, segundo ele, pelas disciplinas de Psicologia Social nas graduações, que abordavam textos de autores como Basaglia e Baremlitt, e levantavam questionamentos acerca das instituições psiquiátricas e da ordem médica.

Destacamos que algumas vivências, durante e após a graduação, nos marcam mais que outras, por isso, dentre tantas citarei aquelas que considere mais significativas.

Em alguns estágios que realizei, havia um movimento e o desejo de mudança nos espaços hospitalares e manicomiais e na hegemonia da clínica em psicologia. O

período em que passei no Hospital Galba Velozo foi permeado de curiosidade, medo e disponibilidade. A distância relativamente perto da PUC - MG me permitia frequentá-lo durante o horário de aula. Nos dois primeiros dias, meu desejo era o de não retornar ao local. Porém, o acolhimento e a leveza das palavras da professora possibilitaram uma disposição de continuar. Aos poucos, os gritos e os corredores frios já não me causavam medo, mas sim um mal estar no estômago e desejo de produzir cuidado. Uma sensação de horror que foi se transformando em vontade de conhecer aquelas pessoas e assim todo o corpo era tomado ao vê-los no pátio: homens e mulheres, de uniforme, de cabeça raspada, alguns deitados, outros em círculo, alguns visivelmente dopados. Vale relatar que vivi grande parte de minha infância acompanhando meu pai, médico, em sua rotina dentro de um hospital no interior, e não era em nada parecido, pois nas minhas lembranças de menina, ao ver meu pai atuando, a Saúde parecia acolhimento e cuidado, diferente das cenas presenciadas. Esse estágio tinha o objetivo de aprimorar a escuta e o olhar para uma entrevista diagnóstica, às vezes realizada em conjunto e isso me acompanha até nos dias de hoje.

No período seguinte, ao chegar ao Hospital Raul Soares, talvez pelas árvores e o vento que embalavam meu caminho, sentia-me mais confiante. A frieza das paredes no hospital anterior haviam se transformado. Tínhamos aula teórica em sala e no auditório e, também, junto às pessoas internadas em diversos espaços daquele lugar. Discutíamos os casos em grupo, circulávamos dentro da instituição nos fazendo presente junto às pessoas. Realizávamos timidamente algumas intervenções no pátio, nos quartos e no refeitório. O objetivo era de aprender a clínica. Ao lado do Hospital, havia o Centro Mineiro de Toxicomania (CMT), onde conheci e participei de algumas oficinas terapêuticas e de teatro pela primeira vez numa parceria entre as duas instituições. O encanto foi imediato: remeteu-me a lugares muito particulares, como o ateliê de artes de minha mãe. Muitos anos depois, eu continuei experienciando arte e produzindo oficinas nos dispositivos onde trabalhei.

Isso me proporcionou uma prática diferenciada ao participar do estágio curricular no Projeto de Saúde Mental no bairro Cabana do Pai Tomás, em Belo Horizonte – MG. Tratava-se de um projeto pesquisa, que tinha uma investigação científica com o

objetivo de encontrar um espaço para formação e atuação através do estágio supervisionado (GOULART, 1994).

O bairro Cabana do Pai Tomás era um local de muitas vulnerabilidades sociais: a violência urbana, a dificuldade de acesso à saúde, à cultura e ao lazer da população, além da violação de direitos humanos; tudo isso nos atravessava enquanto estagiários e sujeitos, impondo um modo de fazer saúde diferente. Por diversas vezes, ao chegar ao local, havia tiroteios no entorno da “clínica” – que era um espaço cedido pela comunidade - onde realizaríamos o nosso trabalho. Por conseguinte, fazíamos o acolhimento e a escuta nos locais possíveis. O *setting* era desde o salão da igreja do bairro até o meio fio da calçada na rua.

Em outros momentos, deslocávamo-nos ao encontro de pessoas: subíamos o morro por entre becos e víamos crianças nuas e cachorros se alimentando de restos de carne; cenas que faziam parte do nosso cotidiano em busca de um encontro no qual pudéssemos promover ações de saúde.

Em seguida, o estágio ocorreu no Bairro Nova Gameleira, em Belo Horizonte, onde fui convidada a permanecer ao término da graduação, atuando em um Projeto de Extensão da PUC - MG por mais dois anos na Clínica Social da Associação do bairro. Fazíamos atendimentos individuais, mas também éramos orientados quanto a ações de prevenção primária e integração da Saúde Mental nas atividades junto a instituições comunitárias (escolas, creches, hospitais e associações). As prioridades eram trabalhar em grupos operativos das comunidades e fazer avaliação periódica do programa. Essa intervenção demandava contínuo envolvimento dos profissionais e era reavaliada no cotidiano.

Nesses dois espaços de estágio, ocorria a formação em serviço, por meio de supervisões individuais e coletivas de casos clínicos, sistematicamente, sendo um encontro bastante potencializador. Ao vivenciar essas experiências, dentro de comunidades e Instituições hospitalares de Belo Horizonte, as dúvidas, inquietações e interesse sobre os discursos e concepções políticas de uma possível mudança da prática em saúde mental foram se intensificando.

Em seu livro *Clínica Peripatética*, Lancetti (2006) faz alusão a espaços diferenciados do contexto e do *setting*, que são experienciados fora dos espaços tradicionais da

clínica, ressaltando os novos *settings* “da clínica praticada em movimento, fora dos consultórios [...]” (LANCETTI, 2006, p. 20). A associação do nome “peripatetismo” faz referência às práticas clínicas nômades, de inspiração aristotélica, “do ir e vir conversando”, que respalda as práticas do Acompanhamento Terapêutico (AT), a atuação dos redutores de danos, as equipes de Consultório na Rua, dentre outras. Essa desterritorialização¹ me acompanha até os dias atuais, na forma de realizar o encontro com o outro, num constante abrir-me para novas formas de cuidar.

Anos depois, ao retornar para Vitória - ES, agreguei experiências profissionais em instituições públicas e privadas, no campo da Educação, da Assistência Social e da Saúde Especializada. Exceto no consultório particular, em todos esses locais o trabalho era realizado com equipes multiprofissionais; percursos relatados de forma não linear nestas escritas, como um cotidiano vivo e pulsante que se alterna.

Destaco que resgatar essas histórias me impõe um distanciamento espaço-temporal pelos afetos e afecções² sentidos no corpo. Como me manter distante e ao mesmo tempo implicada? Distante ao ponto de não desenvolver uma cegueira ideológica que me impeça de refletir sobre a minha própria implicação nesse processo?

Permaneci durante muito tempo em contato com meus professores e colegas psicólogos de Belo Horizonte – MG, em cursos e supervisões clínicas. Senti-me

¹ Utilizarei em todo o trabalho o que Feuerwerker (2014) traz pelo diálogo com obras de Deleuze e Guatarri em relação aos conceitos de território, desterritorialização e reterritorialização. “A noção de território tem um sentido amplo, segundo esses autores. Os seres existentes se organizam segundo territórios que os delimitam e articulam a outros seres existentes e aos fluxos cósmicos. Território é sinônimo de apropriação, de subjetivação fechada sobre si mesma. É o conjunto dos projetos e representações nos quais desembocam toda uma série de comportamentos, investimentos nos tempos e espaços sociais, culturais, estéticos, cognitivos. Desterritorialização é o movimento de abertura de um território em linhas de fuga. A reterritorialização é uma tentativa de recomposição de um território envolvido em um processo de desterritorialização” (FEUERWERKER, 2014, pag. 21).

² Afetos e afecções – Terão neste trabalho o sentido dado na concepção Espinoza, que diz respeito aos efeitos dos encontros nos corpos. Afetos está relacionada à capacidade de afetar e ser afetado a partir do encontro. E o afetamento que traz bons e maus encontros enquanto afecções. “As afecções (affectio) são os próprios modos.” (...) “...o que acontece ao modo, modificações do modo, os efeitos dos outros modos sobre este” (DELEUZE, 2002, p.55). “Um modo existente define-se por certo poder de ser afetado. Quando encontra outro modo, pode ocorrer que esse outro modo seja “bom” para ele, isto é, se componha com ele, ou ao inverso, seja “mau” para ele e o decomponha”. O encontro pode produzir maior potência de agir no mundo ou produz menor potência. “Diz-se, que conforme o caso, que a sua potência de agir ou força de existir aumenta ou diminui, visto que a potência do outro modo se lhe junta, ou, ao contrário, se lhe subtrai, imobilizando-a e fixando-a” (DELEUZE, 2002, p.56).

desterritorializada por um bom período. No entanto, esse incômodo me possibilitou produzir e continuar me qualificando.

Baremlitt (1992) nos sugere que a história é uma ponte entre o passado e presente: “O passado está composto de uma série de potencialidades, que o presente ativa, que o presente ilumina, que o presente deflagra” (p. 43). O autor faz, portanto, uma conexão dos sentidos vividos, que nos remetem uma vivência única. E foi durante essas andanças e viagens que surgiu a oportunidade de fazer parte da história da equipe que formou uma Clínica Terapêutica particular, com intuito de oferecer atenção psicossocial em Vitória - ES.

Essa equipe se reuniu a partir de uma afinidade ético-ideológica e se iniciou em um curso de formação de AT - Acompanhantes Terapêuticos, ministrado por uma profissional recém-chegada de São Paulo com novas abordagens, sobre as quais eu já havia escutado sobre a prática nos retornos a Belo Horizonte - MG.

Apesar da afinidade ideológica, havia na equipe uma valorização das diferentes teorias, técnicas e práticas clínicas, mesmo porque a interdisciplinaridade pressupõe a circulação de diferentes saberes. O que sustentava em parte a coesão da equipe era a pretensão de estabelecer um relacionamento com as pessoas que procurassem a clínica, mediante uma escuta e acolhimento diferenciados ao sujeito do que vinha sendo proposto anterior ao movimento da reforma psiquiátrica. Por conseguinte, reconhecia-se esse sujeito e a loucura como forma de estar no mundo, diferentemente da postura manicomial que ainda persistia em alguns contextos.

Era o ano 2000, e a maioria da equipe, inclusive eu, havia militado e defendido uma prática de cuidado diferenciada nos últimos 10 anos. Trabalhávamos em um espaço que funcionava durante 24 horas, com uma equipe multidisciplinar que oferecia, além da clínica tradicional, recursos terapêuticos diferenciados, como musicoterapia, oficinas terapêuticas – como incluindo Horta e Jardinagem Terapêutica - passeios com os usuários do serviço e o Acompanhamento Terapêutico.

Foi nesse espaço que pela primeira vez o meu contato com a questão do suicídio esteve presente de forma tão intensa no meu percurso profissional, e que mobilizava toda a equipe. Por ser algo iminente da nossa rotina, sempre muito atentos aos pacientes com risco de suicídio, os casos eram discutidos semanalmente em reuniões

clínicas, além de estudados via materiais acadêmicos e acompanhados por supervisões clínico-institucionais. Para além da avaliação do risco para o suicídio e o cuidado necessário, nos preparávamos para as tentativas de que ele ocorresse, e lembro como era difícil lidar com os sentimentos ao cuidar de alguém com ideação e/ou as tentativas de suicídio. As supervisões clínico-institucionais foram fundamentais para sustentação do fazer clínico como para o trabalho em equipe. Mas não era um trabalho fácil; afetava-me profundamente.

O fato de ter estagiado nos anos anteriores em hospitais psiquiátricos e de ter trabalhado numa clínica 24 horas, fez com que eu percebesse que, apesar dos desafios, oferecer cuidado em saúde de forma humanizada e integral era cada vez mais presente, possível e necessário.

Por uma questão de mudança de cidade, minhas andanças foram direcionadas para o interior do ES em novas oportunidades, o que me fez deixar a Clínica Terapêutica e me inserir em outro programa de uma Secretaria de Educação onde estava sendo implantada uma política de Educação Inclusiva. Em paralelo, iniciei um trabalho num Centro de Atenção Psicossocial Álcool e Drogas (CAPS AD) da Grande Vitória, onde percebi que, apesar dos obstáculos em saúde pública para a implementação da Reforma Psiquiátrica, muito tínhamos como produzir cuidado nesse local. Mais uma vez a experiência me colocava diante pessoas com ideação ou tentativa de suicídio, além das demandas relacionadas ao uso abusivo de álcool e outras drogas.

Assim como na clínica particular, não abríamos mão das reuniões técnicas semanais no CAPS, o que possibilitava a reflexão sobre o trabalho da equipe, embora tivéssemos enfrentado as dificuldades inerentes ao início de um serviço - o CAPS acabara de ser implantado no município e éramos a primeira equipe.

Tratava-se do primeiro serviço substitutivo de Saúde Mental naquele município, onde havia uma cultura de gestão antimanicomial. Porém, os profissionais mostravam disponibilidade para o trabalho em equipe e, após um tempo, superamos as dificuldades de integração e articulação do novo grupo. As tensões que ocorriam quando alguns profissionais tentavam manter-se nas suas especificidades eram levadas às nossas reuniões. O profissional que não se adequava ao modo psicossocial optava por desligar-se da equipe.

Também enfrentávamos problemas na infraestrutura da rede, e o apoio do órgão gestor era incipiente. Porém, diferente da clínica particular, onde tínhamos supervisão institucional, no CAPS esse suporte não acontecia. Mesmo assim, a equipe se empenhava com leituras e discussões de casos cotidianos do serviço, e conseguia produzir cuidado; não sem calorosas discussões entre os profissionais, além das assembleias sistemáticas com os usuários - não abríamos mão desses espaços coletivos de discussão. E os casos de ideação suicida eram prioridade nas discussões, assim como o investimento da equipe durante a atenção diária.

Surgiu então a oportunidade de concurso público, em 2006, por meio do qual ingressei no Programa de Saúde da Família num município da Grande Vitória, no qual permaneci até julho de 2012, quando fui convidada para gestão na área técnica de Saúde Mental desse município. Minha inserção na ESF era um desejo antigo. Ele se iniciou nas discussões e percepções de um projeto “caseiro”. Afinal, meu pai e uma tia materna sempre foram defensores e trabalhadores do Sistema Único de Saúde (SUS) e, numa oportunidade, enquanto gestores, sustentaram e implantaram políticas públicas, dentre eles, Estratégia Saúde da Família (ESF) e CAPS. Foi assim, que sempre estive muito próxima às discussões sobre políticas de saúde.

Vale relatar que, antes do concurso, atuei em duas Unidades de Saúde com ESF. Em uma delas permaneci por pouco meses, até assumir a vaga do concurso. Em outra, permaneci por quase cinco anos, tempo suficiente para encontros, observações, indagações e afetações. Nessa Unidade, com a reorganização da demanda da atenção básica pelo Ministério da Saúde e, de acordo com a implantação da Política de Saúde Mental, eu atuava com casos de suicídio, egressos de hospital psiquiátrico, transtornos mentais, dependência química, depressão e violência doméstica, todos de alta prevalência na população do território da USF. Somado a isso, os outros programas do Ministério da Saúde estipulados para a APS.

Com a presença efetiva do profissional de apoio na Atenção Básica, houve uma aproximação das pessoas com grave sofrimento psíquico da unidade de saúde do seu território de moradia. Transformar as unidades em lugares de acolhimento, de mobilização e de transformação da relação da comunidade com esses usuários e, ao mesmo tempo, em local de referência para eles e para sua família, quando da

necessidade de cuidados, é uma tarefa essencial para avançar na proposta de desinstitucionalização, conforme VICTAL BASTOS & ROMANHOLI (2010).

Foi desafiador adentrar a área técnica de Saúde Mental, em 2012, a partir de um convite. Eu não havia trabalhado em um setor de gestão, onde atua-se no planejamento das ações de Saúde, e não diretamente no atendimento ao paciente. E, como contávamos com seis profissionais, quase todos com histórico na área clínica e de gestão, senti-me acolhida. Em toda a minha experiência pessoal e profissional sempre estive frente a desafios acreditando que, havendo desejo e implicação, há um cenário propício para a aprendizagem.

Nesse setor, havia um Grupo de Trabalho (GT) no qual fui inserida e que analisava indicadores epidemiológicos e realizava discussões em espaços coletivos de gestão, chegando à elaboração da Linha de Cuidado de Atenção e Prevenção ao Suicídio no Município, que contemplava ações de prevenção, assistência e vigilância baseadas nas orientações da Organização Mundial de Saúde (OMS) e das Diretrizes Nacionais de Prevenção do Suicídio. A Linha de Cuidado abordava a perspectiva do cuidado integral e da articulação em rede e foi selecionado para a categoria Pôster durante o Simpósio Latino-Americano em 2015 na cidade de Belo Horizonte - MG.

Em março de 2014, participei de um grupo de profissionais e gestores públicos interessados em pensar a questão do suicídio no ES; dessa equipe, nasceu o Grupo de Trabalho de Prevenção de Suicídio do Espírito Santo (GTPSES), do qual ainda faço parte. Esse GT é composto por representantes de 16 instituições públicas, privadas e da sociedade civil, profissionais que começaram a se reunir após vários suicídios serem divulgados pela imprensa em Vitória – ES. Um dos objetivos é desenvolver estratégias de enfrentamento e colaborar com as políticas públicas por meio de uma rede integrada e intersetorial de acolhimento às questões de suicídio em trabalhos de prevenção e de posvenção, e a capacitação profissional através dos seminários.

Detectamos que há pouca capacitação no Estado do Espírito Santo para atender à crescente demanda de cuidados as questões relacionadas ao suicídio nos serviços públicos, desde a Atenção Primária à Saúde até a Assistência Especializada em Saúde Mental. Além da pouca informação e sensibilização de gestores públicos com

o tema. Os serviços de atendimento à crise suicida, são escassos e, quando existem, são de difícil acesso e contam com poucos recursos qualificados. Isso se tornou pulsante no momento em que o grupo promoveu Seminários voltados à capacitação dos profissionais, e teve demanda triplicada nas inscrições.

Outra questão levantada pelo GT foi a dificuldade de avançar na implantação das estratégias de políticas públicas locais estimuladas desde a implantação da Estratégia Nacional de Prevenção ao Suicídio (ENPS), em 2006, apesar dos quatro seminários anuais realizados desde 2014 em parceria com diversas instituições.

Na tentativa de efetivar políticas públicas no Estado e ampliar conhecimento, nos unimos a outros grupos de estudo e pesquisa e, em 2015, durante o Simpósio Latino-Americano de Prevenção do Suicídio realizado em Belo Horizonte - MG, realizamos uma assembleia que deu origem à Associação Brasileira de Estudos e Prevenção do Suicídio (ABEPS), da qual sou membro-fundadora. Em 2016, realizamos o I Congresso Brasileiro de Prevenção do Suicídio, na mesma cidade.

Quando iniciei o mestrado, eu ainda atuava na área técnica da Saúde Mental da Secretaria de Saúde de um município da Grande Vitória, e participava do processo de implementação da Linha de Cuidado e Prevenção do Suicídio. Hoje dedico-me a um serviço especializado de acompanhamento às vítimas de violência, no qual a questão do risco de suicídio continua presente.

Em todas as experiências após a graduação acompanhei situações de ideação suicida, tentativas ou de suicídio consumado, seja com usuários de serviços de saúde, famílias, comunidades ou em situação de internação diversas. E essa aproximação com o tema me impôs mais leituras e pesquisas, por meio das quais descobri que o suicídio se trata de um importante problema de saúde pública, cuja prevenção tem sido uma preocupação e que, segundo a Organização Mundial de Saúde (WHO, 2014), 90% dos casos podem ser prevenidos.

Ao ingressar no Programa de Pós-Graduação da Psicologia Institucional havia o desejo de entender a relação do profissional da Saúde perante o cuidado às questões sobre o suicídio. Iniciei o mestrado pensando no tema da prevenção do suicídio, pautada principalmente nas diretrizes da ENPS, instituída em 2006 pelo Ministério da Saúde (BRASIL, 2006). Nesse mesmo período participei, como

facilitadora, de uma capacitação oferecida aos profissionais do município onde trabalho e abordava o tema suicídio. Pude fazer associações com as minhas leituras e com questões discutidas no GTPSES.

Aos poucos a pesquisa foi se delineando, ao passo que agregava a ela leituras e experiências profissionais. Durante o percurso percebi que, apesar de muitas publicações acadêmicas abordarem a necessidade de capacitação profissional para o efetivo cuidado e prevenção do suicídio, havia poucas experiências nesse sentido. As leituras indicavam a questão da formação do profissional da saúde como sendo incipiente, ou a ausência completa de informações sobre suicídio para alguns profissionais nas suas formações. Cabe ressaltar que a qualificação do profissional da Saúde é uma das diretrizes da ENPS, território das políticas públicas e campo desta pesquisa aonde venho atuando a maior parte da minha trajetória profissional.

Assim, a escolha do objeto dessa pesquisa levou em consideração, como Minayo (1994, p. 80) sustenta, que “nada pode ser intelectualmente um problema, se não tiver sido, em primeiro lugar, um problema da vida prática”. Faz-se importante ressaltar que o meu interesse não é apenas com relação à formação profissional dos psicólogos, mas em relação aos profissionais da Saúde em âmbito geral, por entender a prática do cuidado, a promoção da Saúde e as ações de prevenção ao suicídio, como atribuições que envolvem diversos saberes e em rede.

Ao pensar a formação profissional, outras demandas foram levantadas e me levaram a reflexões sobre como podemos proporcionar o cuidado necessário. Não há intenção de responder por completo às indagações; aliás, cheguei ao fim da pesquisa com mais questionamentos. Ainda temos muito que caminhar.

Diante essas questões, direcionei meu percurso para o levantamento bibliográfico, as leituras de pesquisas, artigos e livros, com o intuito de compreender que tipo de capacitação profissional a literatura trazia como necessária aos profissionais da

Saúde para efetivar o cuidado as pessoas com questões relacionadas ao suicídio . E, entre os rabiscos, estabeleci um diálogo com minha experiência profissional.

1 INTRODUÇÃO

O suicídio é cercado pelo desconhecimento, medo, preconceito, incômodo e atitudes condenatórias, o que leva, mesmo nos dias atuais, ao silêncio sobre o problema. No entendimento de BOTEGA (2015) e do Conselho Federal de Medicina (CFM, 2015), esse problema ainda é visto como um fato individual, o que dificulta muito o seu entendimento como uma questão a ser pensada e que afeta toda uma sociedade. O Relatório Mundial da OMS, publicado em 2014, ressaltou que:

Todo suicídio é uma tragédia. Estima-se que mais de 800.000 pessoas morrem por suicídio ao ano, e que há muitas tentativas de suicídio por cada morte. O impacto sobre a pessoa, as famílias, os amigos, as escolas, o ambiente de trabalho e comunidades é devastador e de longo alcance, mesmo muito tempo depois que as pessoas tentaram ou consumaram o suicídio (WHO, 2014).

Essa afirmação traz à tona anos de silêncio sobre o tema e aguça o olhar para a necessidade do cuidado e do desenvolvimento de pesquisas para efetivá-lo. Afinal, falar de suicídio não é fácil e as pesquisas sobre o tema no Brasil são recentes.

Em uma revisão bibliométrica de publicações sobre esse tema entre 2002 e 2011, Rocha, Corrêa, Lage e Sousa (apud FREITAS et al., 2013, p. 253) apontam que, mesmo com a importância do tema e com o aumento da produção acadêmica, há um baixo número de publicações cuja temática principal seja o suicídio. Na revisão sistemática de literatura, de 844 artigos, os autores obtiveram apenas 1,77% de publicações incluídas nesse critério. Em outra revisão bibliométrica, realizada na Redalycs, Cardoso et al., (apud FREITAS et al., 2013, p. 253) também apontam para um reduzido número de artigos brasileiros sobre suicídio.

Segundo Moraes e Oliveira (apud FREITAS et al., 2013, p. 253) assinalam, por outro lado, uma crescente produção de dissertações e teses no Brasil entre o final dos anos 1990 e o início dos anos 2000, com expressividade de publicação em formatos diversos. Porém, o tema mais frequentemente abordado nesses estudos sobre o suicídio é a depressão e não o fenômeno em si com toda sua complexidade.

Apesar do crescente aumento, ainda incipiente, de pesquisas, do conhecimento sobre o suicídio, e possibilidade de prevenção, nota-se que o tabu e o estigma em

torno do tema persistem e são entraves, muitas vezes, para que as pessoas ainda não procurem ajuda ou são deixadas sozinhas sem a devida assistência. Segundo a OMS, se algumas dessas pessoas em sofrimento buscam alguma ajuda, muitos sistemas de saúde e serviços não a fornecem de forma oportuna e eficaz. (MELEIRO et al, 2004; WHO, 2014).

Cassorla (apud ESTELLITA-LINS, 2012) suscita três questões básicas que os profissionais de Saúde se deparam ao atender pessoas que tentaram o suicídio: uma delas seria o acolhimento de forma inadequada, tanto pelo desconhecimento sobre o tema, quanto por falta de capacitação ou insegurança; a segunda estaria ligada a uma ambiguidade com que muitos profissionais lidam com o assunto, os quais, em algum momento na trajetória de suas próprias vidas, também pensam nessa possibilidade; e a terceira estaria relacionada à lógica da internação psiquiátrica como única forma de encaminhamento para o cuidado. O autor ainda ressalta que essas questões afrontam o saber e o fazer dos profissionais de Saúde.

De acordo com Oliveira et al. (apud CARMONA-NAVARRO & PICHARDO-MARTÍNEZ, 2012, p. 81), a abordagem do conteúdo teórico no ensino superior sobre comportamentos suicidas parece pouca ou mesmo nenhuma. Assim como, na pesquisa de Souza (2012), é apresentado o resultado de um estudo realizado com médicos, enfermeiros e técnicos de enfermagem, no qual poucos entrevistados tiveram alguma aula a respeito do tema na graduação.

Também Gutierrez (2014) e Kohlrauch et al. (2008) citam a falta de capacitação e o desconforto emocional do profissional da Saúde como as principais dificuldades para lidar com o suicídio; e Zana e Kovács (2013) acrescentam sobre o quanto realizar atendimento a pessoas com ideação ou tentativa de suicídio mobiliza emocionalmente a equipe de Saúde. Santos (2008) corrobora com as autoras acima quando destaca que os profissionais da Saúde, a saber, médicos, enfermeiros, psicólogos, diante casos de comportamento suicida, experienciam diversas emoções, “[...] ao entrar em contato com seus próprios questionamentos, angústias, dúvidas, sentimentos, muitos dos quais são deixados de lado, guardados em algum compartimento para não serem mexidos” (SANTOS, 2008, p. 119)

Essa questão também é tratada no texto *Preventing suicide: A community engagement toolkit* (WHO, 2016), que aborda além do tabu, a dificuldade das pessoas em buscar ajuda, a falta de atenção sobre o assunto por grande parte dos profissionais de Saúde, a ideia errônea de que o comportamento suicida não é um evento freqüente, o estigma em relação à saúde mental, e que todos os “loucos” devem ser internados, condicionando assim, barreiras para a prevenção.

A OMS indica que lutar contra esse tabu, capacitar e sensibilizar os profissionais da Saúde e os gestores dos sistemas de saúde, seja público ou privado, é fundamental para que o cuidado e a prevenção sejam bem-sucedidos (WHO, 2016).

1.1 O SUICÍDIO: CONTEXTUALIZAÇÃO HISTÓRICA E ALGUNS CONCEITOS

O suicídio é tema antigo na sociedade e possui concepções diversas de acordo como local, época, cultura e sistemas sociais e políticos (KURCGANT; WANG apud MELEIRO; TENG; WANG, 2004). O que já foi aceitável em algumas culturas se tornou pecado na Idade Média e, a partir do século XIX, se inicia um questionamento para entender os diversos aspectos relacionados às questões do suicídio: o social, o psicológico, o espiritual e o psiquiátrico.

Segundo Kurgcgant e Wang (apud MELEIRO; TENG; WANG, 2004), filósofos de diversas escolas conduziam as discussões sobre o suicídio com diferentes opiniões. Havia os que defendiam o ato do suicídio, como os cirenaicos, cínicos, epicuristas e estoicos, por entenderem que o indivíduo possui a liberdade de decidir sobre sua própria vida ou morte. Por outro lado, havia os pitagóricos, que desaprovavam o ato do suicídio, por entender o homem como um ser social, que vive coletivamente e que, desta forma, o interesse coletivo não deve ser sobreposto pelo individual.

Os antigos romanos tinham um entendimento sobre o suicídio que dependia da camada social dos indivíduos. Aos escravos, soldados ou criminosos não era permitido cometer suicídio, por ser considerado um atentado ao Tesouro. Desde que se tivesse justificativa, aos homens livres, não havia impedimento legal de cometer o suicídio (KURCGANT; WANG, 2004).

Por outro lado, “Aristóteles via o suicídio como um ato de covardia, bem como um ato contra o Estado” (JAMISON, 2002 p. 9). No entendimento de Tadros e Jolley (2001), Aristóteles tinha uma opinião de que o suicídio enfraquece a economia e perturba os deuses, dando início à estigmatização do ato.

Na Europa, durante a Idade Média, atos assustadores e cruéis de todas as espécies eram praticados contra quem se suicidava, como uma forma de punição por ter acabado com a própria vida. O suicídio era visto como uma “tentação diabólica e de loucura”, portanto, entendido como crime e passível de punição. Os corpos eram dilacerados, assim como sua dignidade. “Na França, o cadáver podia ser pendurado pelos pés e arrastado pelas ruas dentro de uma armação para condenados, queimado ou jogado no depósito de lixo público” (ALVAREZ, 1999, p. 60). Tanto a França quanto a Inglaterra implantaram uma lei que lhes permitia tomar os bens e propriedades dos suicidas, tornando-se o ato do suicídio economicamente rentável para o Estado (ALVAREZ, 1999). Seus corpos eram ainda pendurados pelos pés, queimados, ou enfiado em tonéis e jogados em rios (NASCIMENTO, 2011).

Na área religiosa, foi principalmente a partir de Santo Agostinho de Hipona que a morte autoinflingida passou a ser considerada pecado, segundo Correa et al. (2006) e Netto (2013). De acordo com Cassorla (1986), em algumas épocas, quem tirasse a própria vida era excomungado e não merecedor de funerais religiosos.

Com o fim da Idade Média e o início da Moderna, houve transformações em diversas áreas: arte, filosofia, religião, cultura, economia e política; e o suicídio passou ser entendido como um dilema humano. Surgiu, então, no campo das ciências, conforme BOTEGA (2015), KURCGANT e WANG (2004), uma transição da visão divina do suicídio para uma perspectiva mais humana: a pessoa não cometia o suicídio por estar possuída pelos espíritos malignos, mas por uma alienação mental, ou seja, por possuir uma doença. Sobre isso, cabe destacar que o suicídio foi tratado, até o século XVII, pelo viés moral-filosófico e religioso. Caso a pessoa tentasse se matar, ela era internada como forma de contenção. O tratamento era “moral” baseado em punição (FOUCAULT, 1978).

Conforme Minois (1999), autor da obra *História do Suicídio*, esse ato passou a ser visto como uma “doença vergonhosa” a partir das intervenções da medicina. Pinel utilizava da repressão como meio de cura do suicídio.

Foi Esquirol (1838), citado por Berrios e Mohana (apud MELEIROS et al., 2004) quem elaborou na psiquiatria a primeira teoria para explicar o suicídio. Segundo ele, não existe no cérebro uma área específica que determine a causa do suicídio, e alguns são isentos da presença de doença mental. “O suicídio pode ser um ato secundário a um desencadeante emocional grave ou a uma insanidade mental. O tratamento deve levar em conta as causas e os motivos do suicídio” (p. 613).

Ao final do século XIX, alguns alienistas passaram visualizar de forma mais ampla as possíveis causas do comportamento suicida, e a englobar as emergentes explicações sociais (BERRIOS; MOHANNA apud MELEIRO et al., 2004). A Revolução Industrial gerou profundas mudanças na sociedade, instigando transformações sociais, o que para Botega (2015) muda assim o foco do indivíduo para a sociedade; das questões morais para os problemas sociais. É nesse contexto que Durkheim (2004) realizou um estudo sociológico sobre o tema, apresentado no livro “O suicídio: estudo de sociologia”, em que afirma que o problema é de natureza social:

De fato, se, em vez de enxergá-los apenas como acontecimentos particulares, isolados uns dos outros e cada um exigindo um exame à parte, considerarmos o conjunto dos suicídios cometidos numa determinada sociedade durante uma determinada unidade de tempo, constataremos que o total assim obtido não é uma simples soma de unidades independentes, uma coleção, mas que constitui por si mesmo um fato novo e sui generis, que tem sua unidade e sua individualidade, por conseguinte sua natureza própria, e que, além do mais, essa natureza é eminentemente social (DURKHEIM, 2004, p. 17).

Na concepção do autor, o suicídio seria “todo o caso de morte que se origina de forma direta ou indireta de um ato positivo ou negativo, realizado pela própria vítima, sendo ela, sabedora que produzirá este resultado” (DURKHEIM, 2004).

Stone, citado por Meleiro et al. (2004, p. 613) afirma que a obra de Durkheim foi uma importante contribuição para ampliar as discussões e distorções em torno da definição de suicídio. Baseado em dados estatísticos da época, seu estudo contribuiu não só para o desenvolvimento das áreas de conhecimento como a

epidemiologia e sociologia, mas também ampliou os aspectos médicos e sociais relacionados ao suicídio.

É válido ressaltar que são diversas as correntes que tentam explicar o fenômeno suicídio na pós-modernidade, como afirma Botega (2015):

Na pós-modernidade, respaldada pelos aportes científicos, a responsabilidade pelo suicídio diluiu-se em um conjunto complexo de influências que consolidaram, desde o século XVII, o novo olhar sobre indivíduo- antes pecador agora, vítima. Vítima de sua fisiologia cerebral, da decepção amorosa, das misérias humanas, das calamidades sociais; vítima de organização política e econômica que conduz a perda de sentido e ao desespero, a uma vida desprovida de sentido, a mortes aparentemente sem razão.

De acordo com Tafuri (1961), as escolas psiquiátrica, psicanalítica e sociológica procuraram entender a questão do suicídio. A escola psiquiátrica e a psicanalítica atribuíram a causa a fatores presentes no indivíduo, por outro lado, a sociológica encontra a causa do suicídio no ambiente social.

Na década de 90, a OMS definiu o suicídio como “todo ato intencional realizado por um indivíduo para extinguir a própria vida” (2006) e como “um ato agressivo e violento que a pessoa comete a si mesma” (OMS, 2006). Ao final dessa mesma década, a Organização das Nações Unidas tratou o comportamento suicida como “[...] um fenômeno multifatorial, multideterminado e transacional que se desenvolve por tragédias complexas, porém identificáveis” (UNITED NATIONS, 1996).

A corrente biológica tem um entendimento de que no ato do suicídio existe uma propensão genética, combinada a fatores ambientais, oriundas da infância. Principalmente violências sexuais sofridas, carência e abandono. Botega (2015) disserta sobre uma fragilidade em lidar com situações estressantes, focando na questão de um desequilíbrio da função serotoninérgica por ser o que regula o estresse. A propensão a depressão diante disso justificaria o suicídio.

Em outra vertente, SERRANO (2008) compreende que “o suicídio não é uma nosologia, não é uma doença específica: é o resultado de um comportamento que pode ocorrer em quadros clínicos diversos, que exigem terapias peculiares e abordagens individualizadas” (p.159).

No livro ‘ O Suicídio como Espetáculo na Metrópole’ (MARQUETTI, 2012), Fernanda Marquetti, coordenadora de um grupo de pesquisa sobre o tema ‘Suicídio e Sociedade’, e que tem como referencial teórico autores da antropologia, problematiza o fato de que o suicídio não seria somente uma ação de foro íntimo, mas que, para além disso, possui uma ação de comunicação à sociedade relacionada a “composição de cenário, *script*, plateia, espectadores, aproximando-o mais de uma produção cultural do que de um problema de saúde” (MARQUETTI, 2012, p.21). Dessa forma, a autora analisa que “o suicídio, sob esta óptica, deixa de ser algo incompreensível, anormal, para mostrar uma articulação extremada de conflito que não encontra outra resolução, exceto a morte” (MARQUETTI, 2012, p.27).

Em outro cerne, Fukumitsu (2017) entende que o suicídio

[...] é a concretização da falta de sentido da vida, é o ápice de um processo de ‘morrência’. Ele costuma ser cometido por alguém que está definhando existencialmente, que deixou de acreditar em sua própria capacidade, como ser humano, de transformar a dor em amor.

Botega (2015) faz a reflexão de que, nas grandes cidades e nos meios de comunicação, o suicídio também perdeu seu significado dramático e pessoal, passando a ser algo tão abstrato quanto desconfortante, e cita: “morreu na contramão atrapalhando o tráfego”, fazendo alusão à canção de Chico Buarque.

Mais recentemente, no artigo intitulado “Sabe a empatia? Pulou da ponte hoje”³, Aglisson Lopes, referindo-se a uma tentativa de suicídio na Terceira Ponte, localizada no estado do Espírito Santo, chamou a atenção para “uma espécie de minitribunal”: enquanto algumas pessoas esbravejavam por ficarem paradas no trânsito e se atrasarem para seus compromissos, outras imediatamente filmavam a cena e compartilhavam em suas redes sociais. Segundo ele, para que os profissionais especializados em gerenciamento de crise pudessem fazer seu trabalho, o tráfego precisaria ficar parado. E sobre o comportamento dos que assistiram à cena, Aglisson desabafou: “o amor ao próximo está definitivamente em falta no mercado. Nesta tarde vi a empatia pular da ponte sem olhar para trás”.

3 Publicado no site gazetaonline.com.br em 25 de julho de 2017. Disponível em: <<http://bit.ly/2HmnRUK>>. Acesso em: 25 jul. 2017.

Sobre essa espetacularização do suicídio, Botega (2015) corrobora com Marquetti (2012):

Podemos pensar o suicídio como um evento que se produz dentro de um conflito social maior e que pressiona as formas culturais usuais referentes ao padrão de morte ocidental, ocasionando, assim, uma forma de morte diferente dos padrões ocidentais de discrição, silêncio, higiene, medicalização etc. O suicídio-espetáculo pode ser um evento que descobre uma das fissuras na sociedade contemporânea e que permite revelar um padrão cultural diverso, trazendo a morte para o meio social e elaborando-a de forma diferente, contrariando a padronização cultural de morte no ocidente” (MARQUETTI, 2012, p.27).

Diante as diversas concepções sobre o tema, o que mais se aproxima da minha experiência profissional e da lógica das políticas públicas é o que Cassorla (1986) traz - o suicídio é um evento individual e próprio da existência humana - porém o seu estudo requer interdisciplinaridade, visando evitar reducionismos e explicações unilaterais, já que é um evento multidimensional e que ocorre como o ápice de uma série de fatores que coexistem e se acumulam na história do indivíduo, em que entram em jogo desde fatores constitucionais até fatores ambientais, culturais, biológicos, psicológicos (conscientes ou inconscientes), interpessoais, filosóficos-existenciais e sociológicos.

Similarmente a Cassorla (1986), para Botega e Werlang (2004) “a complexidade envolve as inúmeras influências de todo um contexto para que um suicídio ocorra, incluindo as perspectivas histórica, social, espiritual, psicológica, psiquiátrica”, às quais acrescenta-se ainda a filosófica, a antropológica, a cultural e a biológica, por entender que estamos falando de um fenômeno dilemático, complexo e que necessita de contribuições de vários núcleos de conhecimento. Os autores acrescentam que “até podemos dizer que, por vezes, a pessoa não quer se matar. Quer, antes, eliminar a dor, diminuir o sofrimento e, por isso, busca, de repente, um método que o leva a morte”. Somado a isso, Meleiro e Bahls (2004), afirmam que o suicídio incluiu uma gama de atitudes, cognições e comportamentos, com limites tênues, vagos e imprecisos, e extremamente complexos.

Nos últimos anos, alguns estudiosos se uniram para estudar o tema suicídio e hoje temos a suicidologia, em que Silva (2009) a compreende como:

[...] um ramo da ciência cujo objetivo é compreender e prevenir os comportamentos suicidas; a classificação proposta envolve a letalidade, ou seja, as consequências do ato em termos de gravidade médica, e a

intencionalidade, isto é, a intensidade do desejo do indivíduo em acabar com a própria vida.

Meleiro e Bahls (2004) e Kóvacs (1992) apontam que há um processo gradual na intencionalidade, devendo-se levar em conta, inclusive, a letalidade do método. As pessoas que cometem o suicídio normalmente deixariam pistas - o desejo de morrer, as ameaças, a comunicação da intenção de se matar, as tentativas até a efetivação do ato - mas, às vezes, isso não seria perceptível, segundo os autores.

Percebe-se que Meleiro e Bahls (2004) e Cassorla (2004) concordam sobre a dificuldade em classificar os comportamentos suicidas, inclusive as suas tentativas. Cassorla (2004) e Kovacs (1992) problematizam a questão da intencionalidade, a saber, quanto de intenção a pessoa realmente tem de morrer, trazendo à tona a questão de uma ambivalência presente no suicida, o que se observa em muitos casos: um desejo de viver e de morrer.

Nesse sentido, Cassorla (2004) também problematiza sobre a intencionalidade do ato em que a pessoa tem alterações do estado de consciência ou falta de lucidez, alucinações e delírios, ou em alterações da consciência a partir do uso de substâncias químicas ou psicoativas.

O suicídio em si, é um ato com aspecto singular, que envolve a historicidade do sujeito; são questões individuais, que se acumulam ao longo da vida, incluindo-se fatores constitucionais, ambientais e psicológicos. Para Cassorla (2004) e Kovacs (1992), não há que se desconsiderar fatos atuais como desilusão amorosa, perda de emprego, entre outros, mas que os consideram como desencadeantes de um comportamento suicida e não como causa.

Alguns autores também problematizam sobre a conceituação do que seriam as tentativas de suicídio. “A tentativa de suicídio é um ato de risco de vida com uma intenção consciente de um fim de vida, necessitando de intervenção médica após o ato” (OMS, 2006a). Todavia, até o momento, não há uma definição consistente do que seja “tentativa de suicídio”. Os critérios e uma metodologia, que possam ser universalmente aceitos para estabelecer um estudo sobre as tentativas de suicídio ou classificar sua intencionalidade, não existem, segundo JAMISON (2010).

Meleiro e Bahls (2004) acautelam sobre o quanto o suicídio ainda está circundado em julgamentos e preconceitos, fazendo com que as tentativas e o suicídio consumado sejam acompanhados de diversos sentimentos, como de vergonha, embaraço ou culpa, de modo que muitas famílias escondem o acontecimento, evitando falar sobre o assunto. Paralelo a isso, alguns tabus estão relacionados ao peso da morte em nossa sociedade e sua relação com a religião, entre outros, sendo assim um assunto velado e ponderado nas conversações cotidianas e, diante dos olhares assustados quando alguém se interessa a estudar o tema. Um número ínfimo de pessoas do meu convívio social, me estimulou a pesquisar essa temática

Ainda Tadros e Jolley (2001) numa pesquisa, citam os apontamentos às pessoas que tentam ou cometem o suicídio como rótulos de fraqueza, pessoas sem fé, ou até mesmo, pessoas de má índole. Ou são tachados de “loucos”, numa demonstração do quanto o estigma é um problema para efetivação do cuidado.

Alguns estudiosos sobre o tema morte e suicidólogos, ampliam a questão do tabu relacionado ao suicídio associando a uma dificuldade em relação a morte de forma geral. Fukumitsu (2017), em uma entrevista⁴, fala da morte como um tabu que circunda o suicídio, por “ser uma morte violenta, repentina e que confronta exatamente o sentido de instinto de sobrevivência que aprendemos”.

Segundo Kovács (1992) independentemente da idade, sexo, nível socioeconômico e crença religiosa, a resposta psicológica que mais se apresenta diante da morte é o medo. Há um desencadeamento de reações e dificuldades relacionadas com a incapacidade humana de representar psiquicamente a morte.

Ainda de acordo com Kovács (1992), dentre as diferentes formas de mortes que podem ocorrer, há aquela em particular de ser cometida pela própria pessoa, que é o suicídio, levando as pessoas a pensarem no próprio sentido da vida. E, no caso os profissionais de saúde não são isentos, há sentimentos e percepções. A morte nos obriga a defrontar com a própria finitude.

4 Entrevista concedida à reportagem do site Uol. Disponível em: <<http://bit.ly/2FFbNRm>>. Acesso em: 22 dez. 2017.

Tomar o tema o suicídio como pesquisa, é pensar na vida, mas na indissolúvel dicotomia entre a vida e a morte.

É importante relatar que inúmeras pessoas que acompanhei em ideação suicida ou após uma tentativa, traziam as seguintes falas: “cansei de viver” ou “eu não suporto mais”. Para algumas, aquilo elas apreenderam como forma de vida não fazia mais sentido, e o ato do suicídio passava a ser visto como uma saída da existência em uma sociedade (in) suportável. Mais que julgar ou impor a vida, sempre entendi que a escuta, mesmo ao desejo de morte, com a possibilidade de uma resignificação de outros modos de vida, sempre foi fundamental.

Vimos nesses últimos anos diversas literaturas que tentaram explicar o suicídio. Porém, ainda falta nos aproximar diretamente das pessoas que pensam, que tentam e os que a ele sobrevivem, a fim de entender esse fenômeno e buscar uma forma que pudéssemos escutá-las e compreendê-las mais. Concordamos com Madeira (2015), que se aproxima da concepção de Cassorla (1986) no sentido de que o suicídio revelou-se um fenômeno multicausal e multifatorial, implicando assim uma abordagem sistêmica, multidisciplinar e multiprofissional no sentido da eficácia da intervenção com a pessoa em crise suicida.

Destarte, penso que o suicídio pode ser um ato solitário, mas não pode ser visto como um ato individual ou reduzido a um sofrimento psíquico, e sim, através de um olhar atento para as questões biopsicossociais, com o objetivo de ofertar a esses sujeitos a promoção da saúde, a prevenção e o cuidado de forma integral.

Temos pouco tempo de efetivo diálogo e discussões sobre o assunto no Brasil, o que nos fez desejar estudar sobre o tema.

Descrever o contexto histórico, as diversas teorias e correntes e apresentar diversos pensamentos, filosóficos, sociológicos, psicológicos e biológicos que tentam elucidar o suicídio é importante para apresentar ao profissional de Saúde e demais interessados, uma noção da complexidade do tema, a fim de contribuir para a prática do cuidado e manejo para um bom acolhimento, ou mesmo induzi-los a pensar sobre como poderemos planejar ações de prevenção e cuidado nas políticas da saúde pública nacional, campo da presente pesquisa.

E, após conhecermos alguns pensamentos, compreendemos que nenhuma teoria ou corrente isolada poderia explicar o suicídio em sua totalidade, pois correríamos o risco de incorrer em reducionismo ou julgamentos.

1.2 ESTRATÉGIAS E POSSIBILIDADES NA SAÚDE PÚBLICA

Segundo estimativa da Organização Mundial da Saúde, a cada 40 segundos uma pessoa perde a vida por suicídio no mundo. Isso significa mais de um milhão de mortes por ano, traduzindo-se em uma grave questão de saúde pública (WHO, 2014). Esse aumento do número de ocorrências gera consequências sociais e econômicas, uma vez que onera os cofres públicos, tornando-se esse um sério problema de saúde pública. Pela sua complexidade e amplitude de aspectos, as questões relacionadas ao suicídio demandam nossa atenção (BOTEGA, 2015).

Lamentavelmente, o suicídio está entre as 20 maiores causas de morte mundiais para todas as idades. Já se tem conhecimento de que a taxa entre os jovens aumentou ao nível de, na atualidade, constituir-se no grupo de mais alto risco. Em indivíduos entre 15 e 44 anos, por exemplo, a tentativa de suicídio é a sexta causa de incapacitação. E estima-se que as tentativas de suicídio sejam de 10 a 20 vezes mais frequentes do que o próprio suicídio (WHO, 2014).

Desde o final da década de 60 esse quadro vem atraindo a atenção da Organização das Nações Unidas (ONU). Por meio de documentos periódicos, a OMS passou a divulgar estatísticas e estudos científicos, e a conclamar os países a desenvolverem estratégias de prevenção, considerando o suicídio como um problema na área de saúde pública a partir de 1990 (BOTEGA, 2015; MELEIRO, 2004).

Por conseguinte, em 1999 a OMS iniciou uma campanha mundial de prevenção ao suicídio, e uma das ações foi a criação do *Suicide Prevention-Multisite Intervention Study on Suicidal Behaviours* - SUPRE-MISS - que coordenou estudos de um projeto transcultural sobre o comportamento suicida em diversos países, com o objetivo de avaliar os efeitos de algumas intervenções nos indivíduos que tentaram suicídio. Foi realizado com a supervisão científica do *Australian Institute for Suicide Research and Prevention, Griffith University* (Brisbane, Austrália), e do *National Centre for Suicide Research and Prevention of Mental Ill-Health, Karolinska Institute*

(Estocolmo, Suécia), conforme Wang, Mello-Santos e Bertolote (2004) e Botega et al. (2009).

Nesse contexto, alguns especialistas fizeram parte desse grupo de estudos, como Bertolote e Fleischmann (2002) que realizaram uma revisão sistemática de 31 artigos científicos publicados de casos de suicídio consumados entre os anos de 1959 e 2001, a maior parte em países do hemisfério norte. Foram levantados 15.629 suicídios cometidos por pessoas de forma geral, de ambos os sexos, entre as quais se constatou que 97% teriam um diagnóstico psiquiátrico no momento do ato. Os diagnósticos que mais apareceram foram os transtornos do humor, principalmente depressão, transtornos por uso de substâncias psicoativas e álcool, e esquizofrenia.

Segundo a OMS (2014), a taxa de suicídio em termos globais é de 11,4/100 mil, sendo (15 homens e 08 mulheres). Isso varia de acordo com o país e suas especificidades. Todos os anos são registrados em média cerca de onze mil suicídios no Brasil⁵, e trata-se da segunda causa de morte de jovens entre 15 e 29 anos no mundo (OMS, 2014). Está entre as três principais causas de morte de pessoas que têm de 15 a 44 anos de idade, e a sexta causa de incapacitação em vários países no mundo (WHO, 2012).

No Brasil, a taxa média de mortalidade por essa causa, no período de 2004 a 2010, foi de 5,7 (7,3 no sexo masculino e 1,9 no feminino; relação de 3,8:1), conforme Botega, Oliveira e Merin-Leon (2012), e de 5,8:1 em 2012, segundo estimativa da OMS, 2014. No Espírito Santo, embora a taxa seja considerada baixa, de acordo com a média nacional (OMS, 2006), foram 4,60 óbitos por 100 mil habitantes em 2016, segundo a SESA/Gerência de Vigilância de Acidentes e Violência⁶.

Segundo Lovisiet et al. (2009, apud FREITAS, 2013), Mello-Santos et al. (2005, apud FREITAS, 2013) e Waiselfisz (2011, apud FREITAS, 2013), o suicídio foi o que mais cresceu proporcionalmente, entre as três maiores causas de mortalidade violenta (acidentes de trânsito, homicídios e suicídios) no mundo.

5 Consulta realizada no Sistema de Informação sobre Mortalidade (2017).

6 Dados consultados pelo SIM (2016).

É importante destacar que o suicídio entra na classificação de *causas externas*⁷ de morbidade e mortalidade pela Classificação Internacional de Doenças (CID -10), no capítulo XX (OMS, 1995). Também é chamado de lesão autoprovocada ou violência auto-inflingida (BRASIL, 2001b; OMS, 1996).

Todos os óbitos por causa externa devem ter a emissão da Declaração de Óbito realizada pelo médico legista do Instituto Médico Legal (IML) nos estados. Geralmente, nesse preenchimento consta a causa da morte, nos termos médicos, porém nem sempre é descrito o ato que a causou ou o meio. Assim, nem sempre é possível identificar que se trata de um suicídio (BOTEGA, 2015).

É importante ressaltar que alguns estudiosos alertam para as subnotificações⁸ dos casos de suicídio, ou pela forma de registro subestimada, já que em alguns casos os suicídios são registrados como acidentes, causa indeterminada ou ainda como outros tipos de *causa mortis*, conforme BAHLS e BOTEGA (2007), BOTEGA (2015), CASSORLA (1986), LOVISI et al., (2009, apud FREITAS, 2013). São dados bastante significativos e, que segundo os autores, corrobora com a importância de superação dos tabus envolvidos ao se falar em suicídio.

Segundo Fontenelle (apud SILVA, 2009), esse quadro se confirma: ao fazer estudos comparativos entre estatísticas de diversas regiões do mundo, ela percebeu que a subnotificação é realidade mundial. Dentre os aspectos que dificultam a adequada

7 O termo causas externas é empregado mundialmente, pela área de saúde, para se referir à mortalidade por: (a) homicídios e suicídios, agressões físicas e psicológicas; (b) acidentes de trânsito, transporte, quedas, afogamentos e outros; (c) lesões e traumas provocados também por esses eventos (Minayo, 2009).

8 “Dados sobre mortalidade por suicídio no Brasil derivam de informações constantes de atestados de óbitos compiladas pelo Sistema de Informação de Mortalidade (SIM) do Ministério da Saúde. Esses dados costumam estar subestimados. O Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE), ao comparar suas projeções demográficas com o total de óbitos registrados nos cartórios brasileiros, estima que 15,6% dos óbitos não foram registrados em cartório (sub-registro). Em relação às estatísticas do Ministério da Saúde, o IBGE calcula que 13,7% dos óbitos ocorridos em hospitais, no mesmo ano, podem não ter sido notificados (subnotificação) (BOTEGA apud IBGE, 2006). Além de sub-registro e de subnotificação, há o problema dos suicídios que “se escondem” sob outras denominações de causa de morte, como, por exemplo, acidente automobilístico, afogamento, envenenamento acidental e “morte de causa indeterminada” (BOTEGA apud Gotsens et al., 2011). Um estudo recente observou que em países da América Latina, incluindo o Brasil, o número de mortes por suicídio geralmente é superado pelo de mortes de causa indeterminada (BOTEGA apud PRITCHARD e HEAN, 2008).

coleta de dados estão a falta de um sistema adequado de bancos de dados dos órgãos governamentais, o tabu e estigma que envolvem a família, o fato de alguns seguros de saúde não pagarem indenizações em casos de suicídio e a forma de registros dos atestados de óbito como descrito acima.

Além, da dificuldade nos registros de casos de suicídio, quando se trata de tentativa, a subnotificação torna-se mais evidente, apesar da implantação da Portaria de nº 1.271, de 6 de junho de 2014, que “define a Lista Nacional de Notificação Compulsória de doenças, agravos e eventos de saúde pública nos serviços de saúde públicos e privados em todo o território nacional [...] (BRASIL, 2014), incluindo a notificação dos profissionais de Saúde em relação as tentativas de suicídio. Contudo, “os registros de tentativas de suicídio são mais escassos e menos confiáveis, mas estima-se que seja pelo menos 10 vezes maior do que o número de suicídios” (BRASIL, 2009, p. 6).

Isso fica nítido nesses anos em que o GTPSES vem realizando os Seminários para profissionais no ES. Ficou evidente que eles desconhecem os dados e a Portaria. Essa constatação nos motivou a promover, em 2017, uma parceria com o Conselho Regional de Psicologia do Espírito Santo (CRP/ES), uma das instituições integrantes do grupo, para capacitar e sensibilizar psicólogos em relação ao preenchimento das notificações de tentativas de suicídio. A procura superou as expectativas e a intenção é que de ampliar essas discussões junto a outros profissionais da Saúde.

De forma geral, a disponibilidade da qualidade das estatísticas sobre mortalidade tem melhorado ao longo dos últimos 20 anos devido a mudanças políticas ocorridas nesse período. Ainda não é suficiente, mas vários países passaram encaminhar informações sobre mortalidade para o OMS, o que antes não ocorria. Sendo, então, uma hipótese do aumento da taxa de suicídio, a melhoria na qualidade dos registros sobre mortalidade (MARÍN-LEÓN, OLIVEIRA; BOTECA, 2012).

Segundo o Conselho Regional de Psicologia (CRP, 2010), “apesar de serem apenas um lado do comportamento suicida, as estatísticas são importantes para mostrar aos órgãos públicos o impacto que esse número tem em nossa sociedade”. Além, de proporcionar um panorama e maior compreensão do fenômeno a partir dos meios de agressão, da questão de gênero, território/comunidade etc.

Sendo um dos objetivos centrais do SUS a formulação de políticas de saúde, a partir dos dados epidemiológicos, não registrar os casos de tentativa ou suicídio consumado de forma consistente, causa severos prejuízos à efetivação da política.

Uma das reflexões que faço é que, se não há esse registro, mascara-se a inexistência do problema. Além disso, as taxas epidemiológicas variam em função do contexto social, gênero, meios utilizados e faixa etária, orientando e identificando as ações de promoção e cuidado num território. Não pensando na captura das subjetividades, mas ao contrário, para ampliar o olhar e o acesso ao cuidado de uma demanda normalmente invisível nos serviços. É importante, portanto, que se desenvolvam projetos de organização desses dados. Essa é uma problemática que deve ser mais bem estudada e enfatizada para efetivação das políticas públicas.

Ressalto que, para além da importância dos dados estatísticos e diretrizes políticas, a discussão e compreensão dos aspectos sociais, culturais e subjetivos que envolvem a temática do suicídio se faz necessária. Em se tratando de um problema de saúde pública, cuja prevenção tem sido uma preocupação em Saúde Coletiva, a OMS e MS vêm discutindo a implantação de políticas que propõe ações intersetoriais de prevenção e promoção de Saúde para efetivação do cuidado as questões relacionadas ao suicídio. Por isso, discorrerei sobre como essa política vem sendo desenhada, suas estratégias e implicações no cenário nacional.

1.2.1 A Prevenção do Suicídio e algumas implicações nas políticas públicas

A OMS (2011) afirma que é possível prevenir o suicídio em 90% dos casos, desde que os profissionais de Saúde, de todos os níveis de atenção, estejam aptos a reconhecer os seus fatores de risco e os fatores de proteção, e, diante da complexidade que envolve o fenômeno, formar redes intersetoriais de promoção e prevenção da saúde e qualidade de vida.

Diante disso, a Organização Mundial de Saúde reúne 28 países que elaboraram e implantaram planos nacionais de prevenção do suicídio. Alguns, como o Brasil, publicaram estratégias nacionais, porém, infelizmente, ainda não se efeturaram em um plano nacional de cuidado (BOTEGA, 2015; WHO, 2014).

No Brasil, em 2006, o Ministério da Saúde apresentou a Estratégia Nacional para Prevenção do Suicídio (ENPS) com o intuito de diminuir os óbitos e as tentativas, os danos associados e o impacto na família. A implantação da Estratégia ocorreu no período entre 2006 com a participação de várias instituições nacionais que estavam tratando do tema. A Portaria nº 1.876, de 14 de agosto de 2006, do Ministério da Saúde (MS), instituiu as diretrizes nacionais para a prevenção do suicídio que foi aprovada e pactuada pelas instâncias governamentais teve referência a experiência e estudos de prevenção publicados nacional e internacionalmente (OLIVEIRA, 2014).

O objetivo principal da ESPN foi elaborar as diretrizes que deveriam ser seguidas pelos diversos níveis da administração pública (federal, estadual e municipal), assim como as outras instituições que fazem parte da sociedade pública e privada. O intuito era dar subsídios para formulações de planos locais de prevenção e maior visibilidade ao tema, suas abordagens e perspectivas públicas (OLIVEIRA, 2014).

Paralelo a isso, a Portaria nº 1876, de 14 de agosto de 2006, prevê ações de prevenção nas três esferas de gestão, priorizando o desenvolvimento de estratégias de promoção da qualidade de vida, de proteção, de educação, de prevenção de danos e de recuperação da saúde. O parágrafo VIII garante a promoção da educação permanente dos profissionais de Saúde das unidades de Atenção Básica, inclusive da Estratégia de Saúde da Família, dos serviços de saúde mental, das unidades de urgência e emergência, de acordo com os princípios da integralidade e da humanização (Oliveira, 2014).

Segundo Carlos Felipe, citando o Plano de Estratégia de Prevenção do Suicídio⁹, os estudos e pesquisas propõem como principais aspectos de estratégias de prevenção: a qualidade dos registros de suicídios consumados e das tentativas de suicídio; uma rede de assistência à saúde (incluindo profissionais qualificados); a implantação de um plano local e/ou nacional (Oliveira, 2014).

A partir dessas proposições, alguns manuais foram criados para orientar os profissionais de Saúde nas ações de prevenção do suicídio, de acordo com o nível

⁹ Disponível no site da Rede Brasileira de Prevenção do Suicídio (REBRAPS): <http://www.rebraps.com.br/>

de atenção adotado no sistema de saúde do Brasil (Atenção Primária, Média Complexidade e Alta Complexidade). Foram elaborados: Manual para profissionais da Saúde em Atenção Primária, Manual para Médicos Clínicos Gerais, Manual dirigido a Profissionais das Equipes de Saúde Mental, de forma que estes documentos são destinados a todos os profissionais de Saúde (MS, 2006).

Em *Preventing suicide: A community engagement toolkit*, a OMS (2016) afirma que “o cuidado as pessoas e prevenção ao suicídio é um desafio que consiste em identificar as pessoas que a ele são vulneráveis e que estão em risco”. Para tal, é necessário, que os profissionais da Saúde tenham entendimento das circunstâncias que influenciam o comportamento suicida e tracem estratégias eficazes para o cuidado e a prevenção, que se iniciam desde uma notificação qualificada e anotações éticas nos prontuários, além de equipes de saúde qualificadas para identificar, abordar, manejar e encaminhar um suicida à rede. Elementos essenciais para os programas de prevenção do suicídio são o aumento da percepção e a disseminação de informação apropriada (WHO, 2016). E, ainda, serviços de saúde precisam agregar a prevenção do suicídio como um componente do seu cotidiano.

Nesse sentido, a maioria das propostas de cuidado e prevenção ao suicídio existentes no mundo baseia-se primeiramente na identificação dos fatores de proteção e fatores de risco presentes nas populações (OMS, 2014). A existência de transtorno mental e história prévia de tentativa de suicídio, segundo a OMS (2014), seriam os mais importantes fatores de risco para o suicídio.

Também vale ressaltar que o Ministério da Saúde (BRASIL, 2006) orienta que os profissionais fiquem atentos a alguns sinais na história de vida e a comportamentos que possam indicar se uma pessoa possui um maior risco para o comportamento suicida. Alguns desses sinais são: conduta retraída, inabilidade para se relacionar com família e amigos, pouca rede social, doença psiquiátrica, alcoolismo, ansiedade ou pânico, mudança da personalidade, irritabilidade, pessimismo, depressão ou apatia, mudança no hábito alimentar e de sono, tentativa de suicídio anterior, odiar-se, sentimento de culpa, de sentir sem valor ou com vergonha de si. Soma-se a isso uma perda recente importante, morte, divórcio, separação, histórico familiar de suicídio, desejo súbito de concluir os afazeres pessoais, escrever testamento,

sentimento de solidão, impotência, desesperança, cartas de despedida, doença crônica, limitante ou dolorosa, menção repetida de morte ou suicídio, entre outros.

Outro alerta é para a existência de sentimentos apresentados como indicador de risco para efetivação do ato, ou pelo menos tentativa, do ato suicida, e são chamados de “regra dos 4D”, pois todos esses sentimentos começam com a letra “D”. São eles: depressão, desesperança, desamparo e desespero (BRASIL, 2006). A depressão, dentre os transtornos mentais, comparece na publicação do MS, como sendo o diagnóstico mais associado com comportamento suicida (MS, 2006).

Em uma publicação mais recente, o CFM/ABP (2014), apresenta a tabela abaixo como informação dos principais fatores de risco para o suicídio:

TABELA 1: PRINCIPAIS FATORES DE RISCO ASSOCIADOS AO COMPORTAMENTO SUICIDA (continua)

DOENÇAS MENTAIS	ASPECTOS SOCIAIS
<ul style="list-style-type: none"> • Depressão; • Transtorno bipolar; • Transtornos mentais relacionados ao uso de álcool e outras substâncias; • Transtornos de personalidade; • Esquizofrenia; • Aumento do risco com associação de doenças mentais: paciente bipolar que também seja dependente de álcool terá risco maior do que se ele não tiver essa dependência. 	<ul style="list-style-type: none"> • Gênero masculino; • Idade entre 15 e 30 anos e acima de 65 anos; • Não ter filhos; • Moradores de áreas urbanas; • Desempregados ou aposentados; • Isolamento social; • Solteiros, separados ou viúvos; • Populações especiais: indígenas, adolescentes e pessoas em situação de rua.

TABELA 1: PRINCIPAIS FATORES DE RISCO ASSOCIADOS AO COMPORTAMENTO SUICIDA (conclusão)

ASPECTOS PSICOLÓGICOS	CONDIÇÃO DE SAÚDE LIMITANTE
<ul style="list-style-type: none"> • Perdas recentes; • Pouca resiliência; • Personalidade impulsiva, agressiva ou de humor instável; • Ter sofrido abuso físico ou sexual na infância; • Desesperança, desespero e desamparo. 	<ul style="list-style-type: none"> • Doenças orgânicas incapacitantes; • Dor crônica; • Doenças neurológicas (epilepsia, Parkinson, Huntington); • Trauma medular; • Tumores malignos; • AIDS.
FATORES AMBIENTAIS-ESTRESSORES	FACILIDADE DE ACESSO
<p>A maioria dos que cometem suicídio passaram por acontecimentos estressantes nos três meses anteriores ao suicídio, como:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Problemas interpessoais: discussões com esposas, família, amigos, namorados; • Rejeição: separação da família e amigos; • Eventos de perda: perda financeira, luto; • Problemas financeiros e no trabalho: perda do emprego, aposentadoria, dificuldades financeiras; • Mudanças na sociedade: rápidas mudanças políticas e econômicas; • Vários outros estressores como vergonha e ameaça de serem considerados culpados. 	<p>O imediato acesso a um método para cometer suicídio é um importante fator determinante para um indivíduo cometer ou não suicídio. <i>Reduzir o acesso a métodos de cometer suicídio é uma estratégia efetiva de prevenção.</i></p> <ul style="list-style-type: none"> • armas de fogo; • cordas, fios, etc; • medicação • objetos perfuro-cortantes; • precipitação de lugar elevado, • outros

Fonte: ASSOCIAÇÃO BRASILEIRA DE PSIQUIATRIA (ABP). **Suicídio: informando para prevenir.** Brasília: CFM/ABP, 2014. Disponível em: <<http://bit.ly/2p0sThW>>. Acesso em: 20 jun. 2015.

As publicações descritas são utilizadas aqui como exemplos; existem outros manuais publicados pelo MS. Em todos, comparece a associação do comportamento suicida aos transtornos mentais e tentativa prévia de suicídio como sendo os fatores principais de risco para o ato suicida. Porém, os materiais precisam de atualização. Já se passaram mais de 10 anos da publicação da ENPS.

Vale destacar que a publicação do CFM (2014) baseada em estudos mais recentes apresenta uma visão ampliada dos fatores de risco para o suicídio, que envolvem aspectos sociais, culturais, ambientais etc., motivo pelo qual é utilizada neste texto.

Em paralelo, temos os que chamamos de fatores isoladores contra o suicídio, que segundo OMS (2014), reduzem o risco deste; são eles: apoio da família, de amigos e de outros relacionamentos significativos; crenças religiosas, culturais e étnicas; envolvimento na comunidade; vida social satisfatória; integração social, através do trabalho e/ou acesso e uso construtivo do tempo de lazer; acesso a serviços e cuidados de saúde mental e saúde primária.

Conforme publicações da SUPRE- MISS (2002) e da OMS (2014), além dessas questões, há como fatores de risco o acesso e o cuidado, ineficientes ou inexistentes, aos sistemas de apoio à atenção primária à saúde e bem-estar da população. Em tese, ao se ter um sistema de saúde eficiente e com promoção da saúde, teríamos um fator de proteção às questões relacionadas ao suicídio.

Na medida em que se percebeu como fator de proteção o acesso a um sistema de saúde eficiente, desde a atenção primária ao serviço especializado, em maio de 2013 a 66ª Assembleia da OMS adotou o primeiro Plano de Saúde Mental da OMS, em que Brasil é signatário. Com intuito de reduzir a taxa de suicídio nos países ficou estabelecido que a Prevenção do Suicídio é uma parte importante desse plano, assim como o fortalecimento da rede de saúde (Oliveira, 2014).

O fato de se fortalecer a rede de saúde, principalmente a de Saúde Mental, não quer dizer que os casos de suicídio estejam associados apenas aos transtornos mentais, mas que exigem uma diversidade de ações que não se esgotam em um único setor ou serviço; cada instituição tem sua importância no enfrentamento, seja com acolhimento, atendimento, proteção, prevenção e vigilância.

Dessa forma, a orientação da OMS (2014) é de que o cuidado deve ser estabelecido dentro de uma rede de atenção e proteção social através de uma articulação de pessoas que agem em conjunto, por um objetivo comum, entre diferentes pontos de atenção, garantindo ações que envolvam trocas de informações e de tecnologias. Possibilita-se, dessa forma, a construção de vínculos e de suporte necessários para não só compreender, mas também atuar no enfrentamento das questões relacionadas ao suicídio (ABP/CFM, 2014).

1.3 TECENDO A REDE DE CUIDADO

Segundo Rovere (1999), a proposta de redes em saúde se opõe às formas piramidais e sistêmicas com características hierárquicas e homogêneas que tendem a descaracterizar as organizações. Assim, a rede reporta-se às teias de aranha, num entrelaçamento multicêntrico. A ideia é de compor outra forma de organização em saúde, capaz de acolher a heterogeneidade. Entendendo assim, que a rede é composta por diferentes nós que se formam a partir das trocas existentes. Cria-se, então, respostas mais flexíveis às necessidades reais das pessoas.

Sabe-se que as redes de saúde – RAS -são constituídas por diversos dispositivos e ações, de diferentes densidades tecnológicas, em que a organização deve priorizar a integralidade, e que sendo acionados, deverão prestar o cuidado de acordo com a complexidade de cada caso, dentro de uma Linha de Cuidado. Ao se implantar as redes de saúde, tenta-se dirimir o caráter preventivista, hierárquico e médico-centrado do sistema de saúde, que é histórico no país. De acordo com Oliveira, Araujo e Silva (2016):

A proposta de organização das ações e serviços em redes ocorreu a partir da evidente constatação da dificuldade em superar a fragmentação das ações e serviços de saúde. O objetivo é viabilizar às políticas públicas através da integração e articulação entre os diferentes pontos de atenção, ao mesmo tempo autônomos e interdependentes entre si, para melhoria da qualidade da assistência (OLIVEIRA; ARAUJO; SILVA, 2016, p. 96).

Sobre o cuidado e as ações de prevenção ao suicídio, o MS (2006) sugere, na proposta da ENPS, que as ações sejam articuladas intersetorialmente, abarcando a Saúde nas três esferas de governo - municipal, estadual e federal. Também inclui instituições acadêmicas e organismos nacionais e internacionais no compromisso de

desenvolver estratégias que visem à promoção, prevenção e recuperação da saúde, através da organização de linha de cuidados integrais em todos os níveis de atenção, garantindo o acesso às diferentes modalidades terapêuticas, e a promoção da educação permanente de profissionais das unidades de atenção básica, dos serviços de saúde mental e das unidades de urgência (MS, 2006).

Na atual publicação do MS (2017), essas questões acima são retificadas. Desta forma, me parece pertinente pensarmos o processo de consolidação e construção da política de saúde no Brasil, de forma sucinta, para posteriormente fazer as análises necessárias.

1.3.1 Movimento da Reforma Sanitária e Psiquiátrica

A partir da década de 1970, momento de democratização do país, e de um conjunto de práticas ideológicas, políticas e culturais o movimento sanitário, segundo Paim (2008), iniciou-se um momento da Reforma Sanitária Brasileira. Se antes prevalecia o modelo médico-centrado, houve um esforço para entender o processo saúde-doença em sua dimensão biopsicossocial desencadeando, também, uma crítica em relação à forma privatista como estava organizado o setor saúde. (PAIM, 2008; VASCONCELLOS, 2008).

O empenho era contra a crise da saúde, contra a permanência da ditadura e as características perversas desse sistema. O movimento sanitário estimulou a articulação de movimentos sociais em saúde (movimento popular de saúde, movimento estudantil, articulação de professores e pesquisadores da medicina social, etc.) que atuaram na defesa do direito à saúde, enfatizaram os determinantes do processo saúde-doença e desenvolveram a ideia e a proposta da Reforma Sanitária (PAIM, 2008; VASCONCELLOS, 2008).

Também pela ótica de Mendes (1995), há um esgotamento do modelo médico assistencial privatista que, na década de 80, coincide com o processo de redemocratização do País. Havia, então, naquele momento, uma tensão entre o discurso e a pressão do neoliberalismo e o discurso e a pressão do movimento brasileiro de reforma sanitária que se consolidava nesse período.

Diante desse contexto, o Sistema Único de Saúde (SUS) brasileiro foi produto de conquista, de uma luta na democratização do país e produziu mudanças significativas na atenção à saúde. Em direção a essas diretrizes, a Lei 8.080 de 1990 dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde e prioriza os princípios do Sistema Único de Saúde – SUS: universalidade, integralidade e equidade. Diante disso, era fundamental um conceito ampliado de saúde, voltado a ações de atenção integral (MS, 1990).

O SUS foi tido como a maior política de inclusão social, pelos seus princípios e diretrizes, um modelo assistencial com ênfase na integralidade, direito à informação, controle social e hierarquização das ações (BRASIL,1990a). Com ele, pretendia-se fazer transformações estruturais para um novo quadro de atenção à saúde.

Esse sistema se iniciou em 1994, como parte do processo de reforma do setor da saúde, com a intenção de aumentar a acessibilidade ao sistema, com caráter organizativo e substitutivo ao modelo tradicional de assistência até então centrado no modelo médico (BRASIL,1994).

Assim, houve uma aproximação do movimento da luta antimanicomial com a reforma sanitária. A mobilização da Reforma Sanitária e da Reforma Psiquiátrica partiram de princípios e diretrizes semelhantes e vislumbram a construção de novos modos de atenção que contemplassem a perspectiva, fundamentada no reconhecimento do caráter excludente e segregador das políticas e práticas adotadas na Saúde e na vida das pessoas que se encontravam em sofrimento psíquico.

Segundo Amarante (1994), na história do modelo de psiquiatria no Brasil tem-se um asilamento e uma medicalização social. As discussões no Brasil, nas décadas de 70 e 80, sobre como as pessoas em sofrimento mental eram violentadas, segregadas, discriminadas, excluídas e estigmatizadas, geraram reflexões sobre a necessidade de mudança na atenção à saúde mental e tomaram fôlego a partir da organização do Movimento dos Trabalhadores de Saúde Mental (MTSM).

A reforma psiquiátrica no Brasil, como um movimento político e social complexo, tinha como finalidade garantir a cidadania às pessoas em sofrimento mental, um novo lugar social e não apenas uma mudança de modelo de Saúde. A proposta foi inspirada no trabalho de Franco Basaglia, que liderou um movimento conhecido

como desinstitucionalização “*de tradição basagliana*”, terminologia adotada por Amarante (1996). Efetivou mudanças nas políticas de saúde mental italiana rompendo com a psiquiatria vigente e mostrando ser possível tratar sem cercear o convívio em sociedade (AMARANTE, 1996; DIMENSTEIN, 2007; ROTELLI; LEONARDIS; MAURI, 2001).

O modelo até então utilizado, com vistas a isolar e internar, mostrava sinais de falência. Em 1989, um projeto de lei do deputado Paulo Delgado, apresentado ao Congresso Nacional, sugeria um novo modelo de tratamento na assistência psiquiátrica. Este modelo intensificou ainda mais os debates sobre a questão antimanicomial, provocando polêmicas entre diversos setores e grupos sociais. Não virou lei, mas em 2001 um projeto substitutivo configurou-se na Lei Federal nº 10.216, que trata essencialmente dos direitos dos portadores de doenças mentais e de uma reorientação do modelo assistencial, redirecionando o atendimento para serviços de base comunitária (AMARANTE, 2003).

Iniciou-se um distanciamento entre os movimentos da reforma sanitária e psiquiátrica. De cunho mais ideológico e organizacional, o movimento da reforma psiquiátrica fez uma reflexão sobre certa incompatibilidade do movimento sanitário com a imposição nos cuidados primários em detrimento das doenças e patologias, e não da necessidade da pessoa.

Outra questão seria o modelo sanitarista, considerado autoritário e com práticas preventivistas. A crítica se dava ao modelo americano de psiquiatria comunitária, que sob a ótica flexneriana¹⁰, tinha sido adotado, com seus níveis de atenção à saúde estratificados e hierarquizados: primário (rede básica), secundário (serviços especializados) e terciário (hospital), pois válida a permanência do hospital no topo do modelo assistencial. Enquanto o cuidado em saúde proposto pelo modo

¹⁰ Em 1910, Abraham Flexner, educador, pedagogo, graduado na universidade de Johns Hopkins em 1886, escreveu um livro, fazendo uma crítica ao sistema de educação norte americano, cuja publicação resultou no relatório Flexner. Deste estudo surgiu o que se consolidou num modelo hegemônico de prestação de serviço na saúde “voltado para a assistência à doença em seus aspectos individuais e biológicos, centrados no hospital, nas especialidades médicas e no uso intensivo de tecnologias.” (SILVA JUNIOR, 2006, p. 28).

As reformulações no currículo, a partir desse relatório, ocorreram nas escolas de medicina na América no Norte (Estados Unidos e Canadá), durante aquele ano de 1910. E, em 1912, Flexner produziu um outro relatório, sobre o ensino da medicina na Europa, especialmente Inglaterra, Alemanha.

psicossocial se caracterizava como serviços compondo uma rede, sem hierarquizar os níveis de atenção (AMARANTE, 1998; LANCETTI, 1989; COSTA, 1987).

O modelo dos sistemas de saúde no Brasil, implantados no início do SUS, recebeu diversas críticas, pois seguia o modelo médico-hegemônico, do paradigma flexneriano que impunha um modo de fazer cuidado, que compartimentava os corpos, assumindo características mais voltadas para os procedimentos.

Segundo Merhy e Franco (2013) “o SUS se desenvolveu como produção teórica, prática e subjetiva, a partir do campo da vigilância à saúde” (p. 11), a partir de um referencial instrumentalizado pela epidemiologia. Foram diversas experiências e modelos de serviços exitosos, usados como campo ordenador. E citam Buss (2000) que traz essas experiências vinculados ao campo da vigilância à saúde e com forte componente da Promoção à Saúde.

Ainda fazem uma reflexão sobre como esses campos de saberes e práticas estiveram lado a lado na construção do SUS, porém como campos opostos. De acordo com esses autores, houve uma divisão simbólica e discursiva entre os idealizadores da reforma sanitária, ‘entre o modelo “preventivista” originário do campo da vigilância à saúde, e o modelo “clínico” centrado nas práticas “curativas”’, criando, desta forma, uma oposição entre o campo da vigilância em saúde e o campo da clínica, que não deveria ter acontecido (MERHY, FRANCO, 2013).

Merhy e Franco (2013) fazem questão de ressaltar a influência da prática flexneriana nessa dicotomia, pois a clínica, na reforma sanitária, foi associada ao modelo biomédico, sendo que esta é constituída por diversos campos, e tem práticas e acepções diferentes:

Essa falsa polaridade vigilância e clínica é transmitida pelos diversos dispositivos de construção do SUS, a formação, educação em saúde, regulação do sistema, protocolos de serviços, etc... e assim forma-se no âmbito da produção do cuidado uma subjetividade que opera coletivamente na produção de serviços altamente implicados com a promoção e prevenção da saúde, e por outro lado pouco comprometidos com uma prática clínica cuidadora. Esta quando existe opera centrada na lógica burocrática da programação em saúde (MERHY, FRANCO, 2013).

Amarante (1998) faz a crítica ao modelo psiquiátrico americano, segundo o qual “[...] o preventivismo significa um novo projeto de medicalização da ordem social, de

expansão dos preceitos médico-psiquiátricos para o conjunto de normas e princípios sociais” (p. 41).

Perante os pressupostos da desinstitucionalização, o movimento da reforma psiquiátrica apontava mais que mudanças técnicas ou administrativas no campo da Saúde. Diferente do movimento reformista, as novas propostas não se apresentavam como única solução verdadeira baseada num modelo (NICÁCIO, 1994, p. 3). Sobre a reforma psiquiátrica, Amarante (2003) a define como:

[...] processo social complexo que se configura na e pela articulação de várias dimensões simultâneas e inter-relacionadas, que envolvem movimentos, atores, conflitos e uma tal transcendência do objeto de conhecimento que nenhum método cognitivo ou teoria podem captar e compreender em sua complexidade e totalidade (p. 49).

Dentre as conquistas alcançadas com o movimento da reforma psiquiátrica no Brasil foi a promulgação da Lei 10.216, de 06 de abril de 2001, que estabeleceu a mudança gradual dos hospitais psiquiátricos por serviços substitutivos e desenvolvidos na comunidade (BRASIL, 2001), na perspectiva de efetivar o processo da desinstitucionalização que tem o sujeito e sua família no centro do cuidado e não mais a doença, delineando a política nacional de saúde mental. As pessoas passaram a ocupar os espaços da cidade de forma territorial e dentro de suas necessidades e dos recursos locais, onde exista horizontalidade nos processos de trabalho, integralidade do cuidado.

Com o intuito de avançar nessas discussões, o MS implantou a Rede de Atenção Psicossocial (RAPS) por meio da Portaria 3.088, de 23 de dezembro de 2011, com o entendimento de que, ao ampliar e articular os pontos de atenção à Saúde para pessoas com sofrimento ou transtorno mental e com necessidades decorrentes do uso de crack, álcool e outras drogas, no âmbito do SUS, o cuidado seria qualificado e de fácil acesso, incluindo as urgências. Segundo Amarante, a RAPS traz em sua base um modelo de assistência à saúde, “formando pontos de encontro, de trajetórias de cooperação, de simultaneidade de iniciativas e atores sociais envolvidos” (AMARANTE, 2007, p.86). Logo, a RAPS trabalhou na lógica da corresponsabilização entre os variados serviços e níveis de saúde, assim como entre profissionais, usuários e sociedade, por ser de base comunitária e ter um controle social, fiscalizador e gestor (BRASIL, 2011).

Sabe-se, ainda, que reforma psiquiátrica propiciou a modificação do foco de cuidado em saúde mental, possibilitando a inserção da discussão sobre prevenção do suicídio. Por questão didática, descreverei alguns serviços da rede de forma separada – mas não hierarquizada - já que, enquanto militante e implicada nas políticas públicas de saúde, acredito em integralidade e horizontalidade do cuidado.

1.3.2 A Organização dos Serviços

a. Atenção Primária À Saúde

Como parte do processo de reforma do sistema de saúde no Brasil para maior acesso da população e, após uma avaliação do Programa de Agentes Comunitários de Saúde (PACS), o Ministério da Saúde passou a adotar, desde 1994, o Programa de Saúde da Família (PSF), que passou a ser entendido como uma estratégia de reorientação do modelo assistencial em 1998 (Brasil, 1998).

O modelo assistencial dos serviços de Saúde na atenção básica passou, então, a ser redimensionado pela Estratégia de Saúde da Família (ESF), com o propósito de modificar as práticas assistenciais: inverter a lógica de produção do cuidado, atuar com equipe multiprofissional no território, estabelecer vínculo e possibilitar a corresponsabilidade dos profissionais com a comunidade.

A Atenção Primária à Saúde (APS) se estabeleceu na Conferência Internacional de Alma-Ata, em 1978, na Rússia e seria responsável pelos cuidados primários de saúde da comunidade nos níveis preventivo, curativo, de reabilitação e de promoção. Amplamente disseminada pela Organização Panamericana da Saúde (OPAS) e OMS, se constituiu em uma das formas mais equitativas e eficientes para organizar um sistema de saúde até os dias atuais (OPAS, 2003; OMS, 2003).

Quando se trata do acesso da população aos serviços de Saúde, a APS tem sido pensada tanto como a porta de entrada do sistema, como o primeiro nível de contato da população com o sistema, aquele mais próximo às famílias e à comunidade. Para Starfield (2002), é a Atenção Básica (AB) que deve coordenar os fluxos dos usuários entre os vários serviços de saúde, buscando garantir maior equidade ao acesso e à

efetiva utilização das demais tecnologias e serviços do sistema, para responder às necessidades de saúde da população.

A Atenção Básica se baseia nos princípios do SUS: saúde em qualquer nível como direito; integralidade da assistência; universalidade; equidade; resolutividade; intersetorialidade; humanização do atendimento e participação social. É, então, ponto estratégico para a transformação e adoção de outras práticas no campo da saúde, “configurando-se como um centro animador/catalisador dos sistemas integrados de serviços de saúde” (MENDES, 2002, p. 17).

A proposta para a Saúde Mental na Atenção Primária ganhou ênfase em 2003 e deve estar fundamentada nos princípios do SUS e nos da Reforma Psiquiátrica, a saber, noção de território, intersetorialidade, reabilitação psicossocial, multiprofissionalidade, interdisciplinaridade, desinstitucionalização, promoção da cidadania e construção da autonomia. Assim, compreendem-se as ações de saúde mental inseridas na Atenção Básica, pois as necessidades das pessoas em sofrimento psíquico não se dissociam das questões de saúde demandando acompanhamento integral e longitudinal.

De acordo com a Política Nacional de Saúde Mental,

As ações de saúde mental na Atenção Básica devem obedecer ao modelo de redes de cuidado, de base territorial e atuação transversal com outras políticas específicas e que busquem o estabelecimento de vínculos e acolhimento (BRASIL, 2003, p. 3).

Desde a implantação da Reforma Psiquiátrica no Brasil, a ESF assumiu a função de acolher e atender as pessoas com agravos em saúde mental, e, por extensão, aquelas com comportamento suicida. Na medida em que se propôs a mudança do modo asilar para o modo psicossocial, os profissionais da ESF passaram a acolher e a atender esse público, incluindo familiares dele e comunidade. Por conseguinte, foram criados serviços territoriais abertos e comunitários, em que o atendimento territorializado, a participação da família no cuidado, o acolhimento e a escuta aos usuários, com atendimento integral nas necessidades de saúde, passou a ser um objetivo comum das políticas de atenção básica e de saúde mental (MIELKE, 2009).

Segundo a OMS (2012), há indivíduos sofrimento psíquico e/ou com ideação suicida ou tentativa de suicídio que não buscam serviços especializados em saúde mental

como referência, e que por isso, todos os níveis de atenção em saúde devem acolher as questões relacionadas ao risco de suicídio, incluindo a atenção primária.

Na tentativa de fortalecer a ESF, com novas propostas de cuidado, o MS criou os Núcleos de Apoio à Saúde da Família (NASF), pela Portaria GM nº 154, de 24 de janeiro de 2008. O intuito foi ampliar as ações da atenção básica, aumentando sua resolutividade e capacidade das equipes em produzir o cuidado integral à população, numa lógica do apoio matricial¹¹. Por este documento, as equipes dos NASF devem ser constituídas por profissionais de diversas áreas e núcleos de saber, ou seja, multiprofissional, sendo a capacitação da equipe da ESF uma diretriz.

b. Os Centros de Atenção Psicossocial (CAPS)

Os CAPS são serviços de acompanhamento às questões de saúde mental, territoriais e comunitários, constituídos por equipes multiprofissionais que representam um dos avanços da Reforma Psiquiátrica.

Ao desempenharem o papel de articuladores da rede comunitária de cuidados em saúde mental, apresentando-se também como um equipamento substitutivo, os CAPS constituem aliados a outros programas e ações, a principal estratégia do Ministério da Saúde para reverter o modelo de atenção centralizado na assistência hospitalar psiquiátrica (LEÃO; BARROS, 2008).

Nos municípios que dispõem de CAPS as articulações do cuidado são realizadas com a equipe de estratégia saúde da família; quando não há um CAPS no município, a ESF assume a demanda da saúde mental (SOUZA, 2006).

Essas equipes lidam constantemente com pessoas em situação de crise, quando o risco de suicídio se encontra agudizado. Por estarem em contato e com

¹¹ Apoio Matricial é considerado um arranjo organizacional e de gestão que viabiliza o suporte técnico e desenvolvimento de ações básicas de saúde. Esse suporte é realizado a partir do compartilhamento de saberes e práticas entre as equipes e se produz em forma de corresponsabilização pelos casos, que podem se efetivar através de discussões conjuntas de casos, intervenções conjuntas junto às famílias e comunidades ou em atendimentos conjuntos, e também na forma de supervisão e capacitação das equipes. Desta forma, promove a interdisciplinaridade, a clínica ampliada e o trabalho em rede (BRASIL, 2004; BRASIL 2005).

possibilidade de vínculos com os pacientes, familiares e comunidade, os CAPS estão em posição privilegiada para avaliar a “rede de proteção social” daquele sem risco de suicídio e criar de estratégias de reforço dessa rede (MS, 2006).

Além disso, os CAPS realizam o Apoio Matricial como proposta para articulação dos cuidados em saúde mental à atenção básica. Esse arranjo organizacional do trabalho surgiu a partir da necessidade de um novo olhar sobre o sistema hierarquizado, proporcionando cuidado de forma integral e menos fragmentada na saúde. Ao promover articulação entre o serviço de saúde mental e as Unidades Básicas de Saúde, amplia-se o cuidado e efetiva-se a integralidade, construindo as diretrizes clínicas. Esse é um serviço especializado, porém trabalha na lógica horizontalizada, não se desresponsabilizando do sujeito, mas descentralizando o cuidado (BRASIL, 2005; CAMPOS e DOMITTI, 2007). Assim como o NASF, tem a prerrogativa da capacitação profissional das equipes a partir do Apoio Matricial.

Atualmente, há 2.463 CAPS em funcionamento no Brasil com metas de expansão no país. Em sua última publicação, o MS (2017) frisou a informação de que a existência de CAPS no município reduz em 14% o risco de suicídio.

c. Serviços de Urgência e Emergência

O Pronto Atendimento, os hospitais e o SAMU podem ser, para muitos usuários, a “porta de entrada” no Sistema de Saúde. Nem sempre as pessoas são conhecidas das equipes de ESF ou dos CAPS; nesses casos o atendimento na urgência é o primeiro contato do usuário com alguma escuta ou acompanhamento para o risco ou uma tentativa de suicídio. A escuta humanizada e qualificada pode ser considerada uma ferramenta potente de prevenção e de adesão ao tratamento necessário.

Segundo Vidal e Gontijo (2013), grande parte dessas pessoas chegam aos PSs com tentativas de suicídio prévias, anteriores às fatais. Por esse motivo, é importante que todos os profissionais do serviço de urgência tenham conhecimento e informações claras sobre a rede de saúde, com vistas a orientar bem o usuário e/ou seus familiares, sobre como dar continuidade ao tratamento (CORDEIRO; BALDAÇARA, 2007, p. 4). Nesse sentido, “trabalhar em rede é tecer possibilidades, aumentando as oportunidades de atuação dos indivíduos, dos profissionais e dos dispositivos de saúde, num crescente corrente de corresponsabilidade” (BRASIL, 2011, p.203).

Pensar em rede nos leva a perceber que existem diferentes formas de relações (entendidas como linhas-fluxos) que acontecem entre estes serviços (entendidos como nós). Ao pensarmos a saúde como um processo complexo, de uma díade saúde-doença que, ao mesmo tempo, é produzida e produtora de múltiplas redes, é fundamental entender a comunicação estabelecida entre os serviços e as diversas equipes que os compõem, bem como quais os modelos de atenção e de gestão que estes serviços produzem (BRASIL, 2009a).

O que se observa, então, é que a comunicação ampliada é que garante ou não o operar em rede, e não a quantidade de serviços existentes numa rede de Saúde. Isso resulta em processos de gestão e atenção mais eficazes e eficientes que garantem a integralidade de atenção. Uma rede se constitui, em sua complexidade, entre os diferentes dispositivos, especialidades e saberes, o que exige a implementação de novas tecnologias e propostas, que possam ainda mais qualificar os fluxos presentes nessa rede (BRASIL, 2009a).

O papel dos dispositivos nos sistemas de Saúde sempre esteve em discussão. O que se busca é a garantia de intervenções que promovam mudanças nos modelos de atenção à saúde e garantam a integralidade dentro de uma rede; por isso, novas ações são implantadas pelo MS para um cuidado integral, interdisciplinar, horizontalizado, a partir da promoção e da prevenção.

Por exemplo, as Linhas de Cuidado, que buscam garantir a integralidade da saúde de forma ininterrupta e resolutive dentro da rede. O intuito é organizar todo o processo de Saúde, incluindo não só as ações promotoras de saúde, as preventivas e as curativas, mas também as cuidadoras, reabilitadoras e paliativas relacionadas a determinadas doenças. E, ainda, possibilitar que os coordenadores dos serviços possam pactuar fluxos, reorganizando o processo de trabalho, e não apenas por protocolos (FRANCO; FRANCO, T., 2012; MENDES, 2011).

Segundo Franco e Franco (2012), é “a imagem pensada para expressar os fluxos assistenciais seguros e garantidos ao usuário, no sentido de atender às suas necessidades de saúde” (p. 01). É como se fosse a rota que o usuário faz dentro de uma rede de saúde, sendo ele o ponto central, estruturante do processo. A partir

disso, o MS (2006) indica a construção de Linhas de Cuidado de Atenção para efetivar a assistência integral as pessoas que tem questões relacionadas ao suicídio.

Além disso, Franco (2006) e Merhy (2003) refletem que a produção do cuidado em Saúde deve considerar a centralidade de suas ações às necessidades e singularidades do usuário. Diferente de uma produção de saúde, ainda hegemônica, cujo foco está na doença, é necessário pensar o cuidado em um processo saúde-doença-cuidado. Assim, deve existir uma mudança no olhar sobre as práticas em saúde e a sua produção também nas formas de gestão. Isto posto, deve-se considerar alterações nas relações que se estabelecem na macropolítica, no âmbito da co-gestão, e na micropolítica (FRANCO, 2006; MERHY e FRANCO, 2013).

É importante ressaltar que redes são constituídas de pessoas que se conectam e se vinculam pelas articulações entre si, conectadas pelas pessoas, e não pelos serviços. Indivíduos que vivem no cotidiano os desafios de oferecer ações efetivas de apoio e cuidado àqueles que estão demandando. Mais do que convenções e procedimentos, é a rede como a “linguagem dos vínculos”, feita a partir de sensibilidade e afeto capazes de produzir o cuidado (Rovere 1999, p.21).

A proposta para efetivar essa integralidade na atenção à saúde é que a educação permanente seja uma estratégia para a formação dessa rede de cuidado de forma territorial e com o intuito de possibilidades para organização e planejamento das ações por meio da formação no cotidiano do profissional. Ao se produzir saúde no dia a dia, podemos pensar em novos arranjos, novos espaços de ação e na implicação de sujeitos coletivos. Disso depende criar novos desenhos territoriais naquilo que demanda o entendimento em redes macropolíticas e micropolíticas.

Em suma, seguindo a contextualização das políticas de Saúde, faz-se importante conhecer a política de educação permanente na saúde pública brasileira.

1.4 A POLÍTICA DE EDUCAÇÃO PERMANENTE

Entendo ser importante retomar um pouco da história da Educação Superior no Brasil, pois ao explicar a formação do profissional da Saúde e suas implicações na produção de cuidado, neste estudo, abordamos também os saberes e práticas

desse indivíduo. Ressalto que algumas leituras e minha trajetória profissional afirmam uma prática de cuidado em Saúde para as questões relacionadas ao suicídio, a partir de uma prática multidisciplinar, de clínica ampliada e biopsicossocial realizado com base na integralidade.

Em 1808, com a vinda da família real portuguesa para o Brasil, as duas primeiras escolas médicas deram início ao ensino superior no país. A primeira escola de Farmácia foi criada em 1839, em Ouro Preto; em 1879 um curso de Odontologia e um de Obstetrícia junto às escolas médicas existentes e, em 1890, surgiu a Escola Profissional de Enfermagem. Os cursos de Serviço Social, Educação Física e Nutrição surgiram entre 1934 e 1939; os de Psicologia, Fisioterapia e Terapia Ocupacional foram criados entre os anos 1950 e 1970 e o mais recente foi o curso de Fonoaudiologia em meados dos anos 1970 (CECCIM; CARVALHO, 2006).

Vale lembrar que algumas profissões surgiram durante a ditadura no Brasil, e mesmo problematizando o contexto da época, em termos de formação profissional, seguiram o modelo médico hospitalar, privatizado e curativista individual adotado. O fato é que, até os anos 40, dava-se pouca ênfase aos currículos e disciplinas, valorizando mais a prática. A partir da proposta do modelo pedagógico flexeriano, passou-se a privilegiar a lógica das especialidades com pouca articulação entre teoria e prática, repercutindo assim, em todas as formações da Saúde (PONTES; SILVA JÚNIOR; PINHEIRO, 2006).

Naquele contexto, o relatório Flexner propôs a reformulação do ensino nas graduações de Saúde, principalmente a formação médica e, que, posteriormente influenciou a de enfermagem, tendo como referência o conhecimento fragmentado do indivíduo em sistemas e funções, dando ênfase à especialidade (AROUCA, 1976; SILVA JÚNIOR, 2006). Instituiu-se, assim, o ideal hegemônico no campo da Saúde, influenciando outras graduações dos profissionais e os sistemas de saúde de alguns países, inclusive o Brasil.

O saber era construído pelas disciplinas básicas e clínicas, separadas, e as intervenções partiam de uma normatividade, em cenários distantes da vida cotidiana, ambientados normalmente em hospitais. Era retirada quase que qualquer possibilidade de autonomia sobre o corpo da pessoa, pois era instituída ao médico

essa autoridade enquanto profissional da Saúde. É um modelo em que reduz o sujeito ao biologicismo, enquanto também retira sua individuação, quando a ênfase da prática clínica está na doença e não em quem possui a doença; o cuidado é pouco falado, tampouco aposta-se na subjetividade. Os padrões consideráveis de saúde são aqueles produzidos pela ciência médica, e nesse caso há captura da sua subjetividade (AROUCA, 1976; 2003; SILVA JÚNIOR, 2006).

Merhy e Aciole (2003), ao falar do relatório flexneriano, citam Foucault (1994), no sentido de que “constitui-se no segundo paradigma da história da medicina, que constrói seu objeto como um saber sobre o indivíduo, tomado como corpo doente que exige uma intervenção e que dê conta desta sua singularidade, abstraindo-a dos demais planos da realidade” (p. 02). O paradigma flexneriano trouxe um elemento primordial que ditou durante muito tempo as práticas de saúde, o “curativismo”, que entende a saúde como ausência de doença (MENDES, 1996; SANTOS, J.L.F.; WESTPHAL, 1999). Deu-se início a uma prática “que após a Segunda Guerra Mundial, já no século XX, foi reforçada pelo desenvolvimento moderno do ‘Estado de bem-estar’ e por aumento de recursos públicos para o setor de saúde” (SANTOS, J.L.F.; WESTPHAL, 1999, p. 71).

Vale resgatar que a idealização da educação permanente surgiu na Europa, especificamente na França, entre os anos 30 e 60, com objetivo de reformar o ensino público. Devido ao crescimento da indústria e da urbanização, houve a necessidade de inserir adultos no mercado de trabalho, levando ao investimento na aprendizagem desses (GADOTTI apud LEMOS, 2016; FEUERWERKER, 2014).

A proposta da Educação Permanente em Saúde (EPS), pela OPAS no ano de 1980 era configurar como estratégia para a organização de processos educativos dirigidos aos trabalhadores da Saúde. O entendimento era de que as “capacitações” tradicionais organizadas de modo vertical produziam poucas mudanças nas práticas dos trabalhadores de Saúde (HADDAD et al, 1994 apud FEUERWERKER 2014; CECCIM; FEUERWERKER, 2004).

A implementação do SUS com o conceito ampliado de Saúde, envolvendo princípios e valores inovadores, gerou desafios a serem assumidos, visto que o perfil dos

profissionais não condizia com as práticas preconizadas; assim, as graduações de se tornaram um ponto importante da Reforma Sanitária Brasileira.

Na Lei Orgânica de Saúde de 1990, foi estabelecido que uma das tarefas do SUS consistia em ordenar a formação de recursos humanos na área de Saúde; isso incluía todos os níveis de ensino, inclusive de pós-graduação, além de permanente aperfeiçoamento de pessoal (BRASIL, 1988).

A partir dos anos 90, houve diversas mudanças no Brasil em relação às políticas públicas. Novas demandas surgiram e, com isso, outras profissões em Saúde foram inseridas no SUS, tornando-se necessária uma formação em voltada para as demandas interdisciplinares e que atendesse às necessidades da população. E, numa parceria entre os Ministérios da Saúde e da Educação, foi possível implementar mudanças para a qualidade das ações de Saúde, aproximando teoria e prática (BRASIL, 1996; BRASIL, 2001a).

Com a aprovação das Diretrizes Curriculares Nacionais a partir da Lei n. 9.394/96, o MS, que preconizava a formação profissional com uma lógica generalista, humanista, crítica e reflexiva, orientada por princípios éticos em seus diferentes níveis de atenção à saúde, introduziu a formação profissional inicialmente nos centros de formação das secretarias de Saúde, ocorrendo posteriormente a institucionalização das Escolas Técnicas do SUS, conforme Ramos (2009).

Nesse contexto, aliado aos movimentos organizados por educadores, estudiosos e gestores, surgiu a PNEPS, implementada pelo MS por meio da Portaria nº 198/GM, de 13/02/2004, “como estratégia do Sistema Único de Saúde para a formação e desenvolvimento de trabalhadores para o setor” (BRASIL, 2004), visando uma conexão entre o ensino e a prática no setor da Saúde.

A EPS surgiu, então, para contribuir com a transformação e a qualificação das práticas de saúde, além da organização das ações, dos serviços, dos processos formativos e das práticas pedagógicas na formação e no desenvolvimento dos trabalhadores. Isso incide e depende de um trabalho intersetorial que seja capaz de articular o desenvolvimento individual e o institucional, as ações e os serviços e a gestão local, a atenção à saúde e o controle social (Brasil, 2004).

Ceccim e Ferla (2009) ainda acrescentam que, nessa acepção, a Educação Permanente em Saúde deve ser entendida como uma prática de ensino-aprendizagem e ao mesmo tempo, como uma política de educação na saúde que forneça elementos suficientes de aprendizagem que se possam aplicar na prática.

A educação permanente se utiliza da lógica da aprendizagem significativa que promove e produz sentidos. Parte da premissa de que a transformação dos processos de qualificação surge de necessidades identificadas pelos trabalhadores em seus diferentes contextos, ou seja, uma reflexão crítica das práticas reais com seus conhecimentos prévios.

Essa seria, então, segundo os autores, a concepção da Educação Permanente em Saúde como estratégia político-pedagógica, em que se leva em conta a produção de subjetividade, de habilidades técnicas e de conhecimento do SUS (HADDAD et al, 1994 apud FEUERWERKER 2014; CECCIM; FEUERWERKER, 2004).

Dessa forma, entende-se a educação permanente como um processo de aprendizagem realizado como produção de conhecimento no cotidiano de trabalho. Ele se efetiva através das vivências, das experiências e do conhecimento prévio dos trabalhadores. Além disso, busca uma nova abordagem com relação aos processos educativos formais - Educação Continuada (EC), com objetivo de romper a dicotomia entre teoria e prática, envolvendo coletivos de trabalhadores em ações pedagógicas construídas em parceria com instituições de ensino e áreas técnicas do MS, a partir dos principais desafios do trabalho identificados pelas equipes e baseadas na aprendizagem colaborativa e significativa, no trabalho vivo em ato¹².

Ainda sobre isso, o MS¹³ diz que:

É importante registrarmos aqui a distinção que fazemos entre a Educação Permanente em Saúde e a Educação Continuada. Enquanto esta última se destina a aportar conhecimentos técnico-científicos, administrativos e operacionais aos trabalhadores, por meio de cursos previamente estruturados, a EPS considera o mundo do trabalho como escola, ou seja, que as experiências no trabalho são uma fonte sistemática de formação, de

¹² Política Nacional de Educação Permanente, publicada no portal do Ministério da Saúde. Disponível em: <http://bit.ly/2pcWlNe>. Acesso em: 15 jul. 2017.

¹³ Disponível em: <http://bit.ly/2tIGGiM>. Acesso em: 15. jul. 2017.

geração de novas ideias e proposições, de (re) elaboração de estratégias e conhecimentos a partir da prática (MS, 2014).

Como visto anteriormente, com a implementação do SUS houve um processo de ampliação tanto na quantidade dos dispositivos de saúde, como na qualidade dos serviços a partir de novas propostas. No entanto, segundo Ceccim e Feuerwerker (2004), verifica-se que, apesar dessa ampliação, ainda não se conseguiu desenvolver uma atenção integral à saúde de acordo com princípios e diretrizes do SUS. Para os autores, um dos fatores responsáveis por isso é a formação dos profissionais da saúde que focam a doença e a aquisição de conhecimentos técnico-científicos, associados a métodos diagnósticos e terapêuticos.

Almeida e Gonzalez (2010, p. 02), citando Morin (2005, 2006a), corroboram com a reflexão de que “a formação universitária tem se constituído no sentido de separar os objetos de seus contextos; conteúdos se dividem em disciplinas que não se integram e que são incapazes de entender a complexidade da realidade e como consequência, apresenta uma efetiva perda da substância inventiva e criativa”.

Cabe pontuar que o século passado foi marcado pelo avanço da ciência positivista e do crescimento de especialidades focais na prática médica. Porém, esse crescimento da especialização foi apontado, em pesquisas que buscaram explicar a crise da medicina e dos sistemas de saúde, como algo que não gerou os benefícios esperados, indicando uma necessidade de reestruturação desse modelo.

Em se tratando de contextos da saúde pública no Brasil, temos a política de Educação Permanente como a estratégia indicada para produção do cuidado e prevenção do suicídio dentro das diretrizes da ENPS.

Ao longo dos anos, temos visto mudanças curriculares e nas práticas clínicas das graduações em saúde no Brasil, como explanado anteriormente. A implementação do SUS e todas as mudanças que vêm ocorrendo são um marco em tal processo. No entanto, a estratégia para se atingir a equidade, a universalidade, a integralidade no âmbito dos sistemas de saúde é um processo lento e imbuído de tensões.

Na Lei Orgânica de Saúde de 1990 consta o dever do SUS em ordenar a formação em todos os níveis de ensino. Acrescenta-se a isso, que a partir de três diretrizes, as ações e serviços de saúde compõem uma rede organizada, sendo uma das

diretrizes, a integralidade da atenção. Contudo, na formulação de políticas do SUS, uma das áreas menos problematizadas até hoje é a da formação (CECCIM, FEUERWERKER, 2004; BRASIL, 1988).

Vimos que nos últimos 100 anos as formações dos profissionais de Saúde e as práticas de cuidado foram influenciadas pelo modelo biomédico, assim como a formação do sistema da saúde pública. Porém, algumas mudanças ocorreram no âmbito educacional das formações em saúde e no próprio SUS, que envolve a prevenção e o cuidado, a partir da implantação de políticas públicas, como a PNEP.

Assim, a OMS (2014) e o MS (2006), por meio da ENPS, indicam a necessidade de promover a qualificação aos profissionais da Saúde, desde a atenção básica, aos serviços de saúde mental especializados e aos serviços de urgência, para garantir o acesso nas diferentes modalidades terapêuticas às pessoas com problemas relacionados ao suicídio. No entanto, de forma geral, as pesquisas trazem na formação incipiente dos trabalhadores da Saúde como um importante obstáculo para efetivação do cuidado desses indivíduos, e o quanto isso pode interferir na prática de cuidado. O que a maioria dos estudos não relatam é sobre qual formação deve ser recebida pelos profissionais para lidar com esse assunto.

Em contrapartida, há estudos que indicam tipos de formação, mas não fica claro como isso tem se efetivado no cotidiano dos serviços de Saúde, visto que há poucas experiências relatadas. Vale ressaltar que uma das formas de educação permanente no cotidiano dos serviços é pelo Apoio Matricial realizado pelos CAPS e NASFs nos municípios onde estão implantados.

Algumas experiências desse tipo que encontrei, realizadas fora do Brasil, preconizam a capacitação ou treinamento de um desenvolvimento específico de habilidades, o aumento da confiança dos profissionais diante o tema e o manejo do suicídio na prática clínica como propostas da efetivação do cuidado.

Assim, durante as leituras e pensando em minha trajetória profissional, percebi que, mesmo que a maior parte das discussões e pesquisas no Brasil sobre o suicídio seja recente, é um tema considerado problema de saúde pública desde os anos 1990 pela OMS. Além disso, as políticas públicas, apesar de estarem em permanente construção, estão implantadas em grande parte do Brasil. Diante disso, questiono:

porque o tema suicídio não se faz presente ou são deficitárias as discussões nas graduações das instituições universitárias? Os profissionais de Saúde, no âmbito da saúde pública, estão tendo os espaços de formação para o efetivo cuidado acerca das questões relacionadas ao suicídio como preconizado?

No Brasil, algumas pesquisas falam de Educação Permanente, outras de Educação Continuada ou capacitação profissional como necessárias para efetivação do cuidado e prevenção do suicídio. Estariam falando de práticas diferentes ou seria apenas um equívoco conceitual? No entanto, são poucos os artigos e pesquisas de como esse processo está sendo realizado no cotidiano das produções de saúde no Brasil. As políticas implantadas estariam de fato se efetivando?

Assim, como garantir e possibilitar a qualificação do profissional da Saúde para o fortalecimento dessas práticas de cuidado em relação ao suicídio baseadas na integralidade como preconizado? De que formação estamos falando para o efetivo cuidado das questões relacionadas ao suicídio?

Isto posto, é impreterível problematizar as possíveis consequências de se ter profissionais pouco informados e/ou qualificados que sejam operadores na produção de um cuidado integral no que diz respeito às questões relacionadas ao suicídio. Haja vista que a construção de políticas públicas também passa pela formação de profissionais implicados nesse processo.

Diante dessa multiplicidade de fatores e inquietações, e como o estudo do suicídio está em desenvolvimento, é necessário realizar pesquisas que procurem descrever e compreender a situação atual e experiências de formação, em curso, para que se possa intervir de forma cada vez mais eficaz na construção de políticas públicas.

Dessa forma, este estudo tem como relevância científica o fato de contribuir com a produção de novos conhecimentos sobre o tema, além de trazê-lo à discussão. Poderá subsidiar equipes que buscam avaliar a necessidade, ou não, de implantar novos modos, novos encontros, novos afetos, no desafio de cuidar de pessoas com comportamento suicida.

1.5 QUESTÕES NORTEADORAS E OBJETIVOS DA PESQUISA

A partir dos problemas de pesquisa apresentados: como garantir e possibilitar a qualificação do profissional da Saúde para o fortalecimento dessas práticas de cuidado em relação ao suicídio baseadas na integralidade como preconizado? E de que formação estamos falando para o efetivo cuidado das questões relacionadas ao suicídio? Definimos como objetivo geral deste estudo: analisar a produção científica nacional e internacional, por meio de uma revisão narrativa de literatura, sobre as capacitações para profissionais de saúde acerca do cuidado às questões relacionadas ao suicídio na saúde pública, e discutir criticamente essa formação/capacitação para a atuação no cuidado e prevenção do suicídio no contexto brasileiro. Desdobramos, desse escopo, os seguintes objetivos específicos:

- Compreender quais capacitações estão presentes na literatura acerca da produção de cuidado às pessoas com risco de suicídio;
- Revisitar algumas práticas profissionais para contribuir com a discussão dos processos formativos que permeiam a implantação da política de cuidado do suicídio;
- Conhecer, a partir da literatura, experiências de capacitação que estão sendo realizadas acerca da produção de cuidado às pessoas com risco de suicídio;
- Trazer à luz os principais desafios e/ou potenciais da formação do profissional de saúde abordados na revisão de literatura no que se refere ao suicídio.

2 PERCURSO METODOLÓGICO E REFERENCIAL TEÓRICO

Desde minha inserção no Programa de Pós-graduação em Psicologia Institucional, aprendi que um projeto de pesquisa é uma aposta em um percurso de pelo menos dois anos debruçada em problematizar questões que nos afetam, deslocam e mobilizam em um campo de trabalho. Em uma passagem, Rolnik já dizia que:

Você próprio é que terá que encontrar algo que desperte seu corpo vibrátil, algo que funcione como uma espécie de fator de a(fe)tivação em sua existência. Pode ser [...] um poema, uma música, um filme [...] Pode ser a escrita, [...] um encontro amoroso – ou, ao contrário, um desencontro [...] (ROLNIK, 2007, p. 39).

Passei a entender que pesquisar é tecer uma rede de saberes. Foram muitos incômodos, inquietações e questionamentos que me dificultaram a definir o problema de pesquisa dentro de um tema tão complexo como o suicídio. Esse processo, atroz em determinados momentos, também me possibilitou um mergulho em experiências profissionais e caminhos percorridos, permitindo-me uma reconstrução, um novo olhar sobre minha prática e o cuidado em saúde. Em dado estágio, pesquisa e pesquisadora se misturam, se entrelaçam. Uma produz a outra, numa co-produção, e assim, mais uma vez me desterritorializo para descobrir pistas e construir novas práticas, rompendo limites para novos conhecimentos.

Nos últimos anos, no município onde trabalho, acompanhei alguns serviços na ponta¹⁴, em diversos espaços e contextos, atuando no setor administrativo e de planejamento como referência na área técnica de Saúde Mental. Realizei anotações que utilizei nessa escrita para dialogar com minha trajetória profissional e com a literatura a que tive acesso.

Esse trabalho foi realizado com sensibilidade, criação, resistência, busca de possibilidades, reinvenção da vida, acoplamento na rede de serviços públicos e privados, feito a partir da revisão de literatura, e um diálogo com minha prática

14 Na saúde pública usamos o termo “ponta” para nos referir aos serviços e profissionais que estão diretamente no cotidiano acompanhando a atenção em saúde dos usuários desses serviços.

profissional. Utilizei do conhecimento adquirido na pesquisa para pensar o saber produzido no cotidiano desde meu percurso de estudante e profissional.

Realizar uma pesquisa de tema deveras denso, me possibilitou sentir, escutar e viver numa maior aproximação e encontro com o outro de forma muito singular e paradoxal, possibilitando a abertura para novos conhecimentos: “estranhar o que está se tornando familiar, familiarizar-se com o que se torna, mais uma vez, estranho” (NEVES, 2006. p.7).

Para essa pesquisa dialoguei a partir de Merhy, estudioso há 30 anos da Micropolítica do Trabalho Vivo em Ato que utiliza conceitos da cartografia e a esquizoanálise. São conceitos que podem oferecer subsídios e reflexões da política pública, da formação do profissional da Saúde e a produção do cuidado (FEUERWERKER, 2014; MENDES, MOEBUS, 2016).

Concordo com a autora e colaboradora de Merhy quanto cita que

[...] na Linha da Micropolítica do Trabalho e do Cuidado em Saúde, uma recomendação de Deleuze: não mais adotar o pensamento de um filósofo e/ou cientista como doutrina, mas tomá-lo como uma máquina conceitual construída para resolver problemas - que eles enfrentaram e que também fazem sentido para mim [...] (FEUERWERKER, 2014, p. 18).

Assim, Merhy busca consistência às análises micropolíticas a partir dos campos da filosofia, da economia política, da saúde pública, que funcionam problematizando os entrelaçamentos das impossibilidades que se criam no cotidiano das práticas de saúde (NEVES, 2008). Dessa forma, a leitura micropolítica agrega e permite análises necessárias, sobre os modos de produção do cuidado, produção de conhecimento no campo do cuidado e do trabalho em Saúde, considerando outras abordagens e perspectivas (MENDES, MOEBUS, 2016).

Cabe explicar que ‘micropolítica’ é um termo utilizado por Guattari, sob influência de Deleuze. Ceccim (2005), citando Guattari e Rolnik (1986), “refere-se aos efeitos da subjetivação, conjunto de fenômenos e práticas capazes de ativar estados e alterar conceitos, percepções e afetos (modos de pensar-sentir- querer)”.

Ao dialogar com a esquizoanálise, Merhy (2007) utiliza conceitos como desterritorialização e re-territorialização, para pensar esse plano micropolítico de

produção do mundo aonde as relações vão ocorrendo, porque é nele que ocorrem os processos de subjetivação e que se constroem os territórios existenciais.

Assim, a ideia da micropolítica do trabalho vivo é trazida por Merhy (2007), colocando o mundo do trabalho como espaço de criação, onde novos processos de subjetivação são essenciais para a mudança institucional nos serviços de saúde, e a ideia é a problematização dos modos cotidianos de se produzir saúde.

Além disso, para a micropolítica, é importante a vitória das forças que engendram e afirmam a vida, a desubjetivação - processo de subjetivação capturado pelos instituídos - produzindo e reinventando novas formas, sentidos e ações ao optar pelo cotidiano da produção do mundo, mapeando em cada território como ocorrem as relações, seus limites, suas possibilidades (CECCIM; FEUERWERKER, 2004a).

Merhy e Franco (2005, p. 278) afirmam que “Toda atividade humana é um ato produtivo, modifica alguma coisa e produz algo novo [...] mudando a natureza.” Segundo eles, em todos os momentos da história, nós estamos ligados a algum processo produtivo:

Todo processo de trabalho combina trabalho em ato e consumo de produtos feitos em trabalhos anteriores. O trabalho feito em ato chamamos de “trabalho vivo em ato” e o trabalho feito antes, que só chega através do seu produto, chamamos de “trabalho morto”¹⁵.

Então, ao tratar do trabalho vivo em ato, Merhy (2007) refere-se ao exato momento em que o trabalho é executado, para dizer sobre a produção do cuidado na saúde, ao mesmo tempo em que o trabalho vivo interage “com instrumentos, normas, máquinas, formando assim um processo de trabalho, no qual interagem diversos tipos de tecnologias”. Configura-se, dessa forma, um modo de produzir cuidado. O autor ressalta que os processos mais criativos, centrados nas relações, ou processos mais presos à lógica dos instrumentos duros, como as máquinas, dependerá de como essas tecnologias reagem no processo de trabalho.

Como exemplo do trabalho e suas tecnologias, Merhy e Franco descrevem:

15 Disponível em: <<http://bit.ly/2HDxzCg>>. Acesso em: 20 dez. 2017.

O trabalho em Saúde pode ser percebido usando como exemplo o trabalho do médico, no qual se imagina a existência de três valises para demonstrar o arsenal tecnológico do trabalho em Saúde. Na primeira, carregasse os instrumentos (tecnologias duras), na segunda, o saber técnico estruturado (tecnologias leve- duras) e, na terceira, as relações entre sujeitos que só têm materialidade em ato (tecnologias leves). Na produção do cuidado, o médico utiliza-se das três valises, arranjando de modo diferente uma com a outra, conforme o seu modo de produzir o cuidado. Assim, pode haver a predominância da lógica instrumental; de outra forma, pode haver um processo em que os processos relacionais (*intercessores*) intervêm para um processo de trabalho com maiores graus de liberdade, tecnologicamente centrado nas tecnologias leves e leve-duras (MERHY, FRANCO, 2005).

Além disso, Merhy e Franco (2005) e Merhy (2007) trazem o que eles chamam de microprocessos do trabalho, em que o objeto do trabalho só irá adquirir sentido pela ação intencional do trabalhador; a partir das suas ferramentas, os seus meios de trabalhar e o modo como organiza seu uso, todo trabalhador tem consigo uma caixa de ferramentas, que na saúde o autor utiliza a imagem de valises tecnológicas, para fazer o seu trabalho. Nesta caixa, os trabalhadores têm suas ferramentas-máquinas, seus conhecimentos e saberes tecnológicos (o seu saber-fazer) e suas relações com todos os outros que participam da produção e consumo do seu trabalho.

Ao pensar a micropolítica do processo de trabalho em Saúde, Merhy (2004) a utiliza para acompanhar e analisar, no cotidiano das ações de saúde, as produções e efeitos dos processos de reestruturação produtiva. E sustenta ser um trabalho possível de acontecer em um processo de relações, tendo a ação dos sujeitos em conexões entre si e com o mundo, por fluxos de intensidades, no ato da ação, no momento do trabalho, colocando a subjetividade como uma das dimensões do modo de produção em saúde e que se conecta com a realidade que se manifesta.

Ainda afirma, que, na contemporaneidade, o que se disputa é o campo de ação desse trabalho, na sua capacidade de imprimir novos arranjos tecnológicos e rumos para os atos produtivos em saúde. E utiliza dessa “caixa de ferramentas” para pensar esse terreno de tensionamentos e desafios, em que o “agir em saúde” se afirma como experiência de (re) invenção da saúde como bem público e potência de luta a serviço da vida individual e coletiva (NEVES, 2008).

O intuito de afirmar que o trabalho em Saúde é centrado no trabalho vivo em ato, traduz a importância de não haver predomínio da lógica do trabalho morto - equipamentos e saber tecnológico estruturado - sobre as tecnologias relacionais. Merhy (2007) faz a reflexão de que, na prática de cuidado em saúde, em que se dá

destaque as tecnologias leves, há a possibilidade nos encontros entre subjetividades, de uma forma criativa nas escolhas do modo de produzir saúde, principalmente, a partir do acolhimento e vínculo.

Na teoria sobre o trabalho desenvolvida por Merhy (2007), o cuidado em saúde é conformado por saberes e práticas de diferentes profissionais que possuem, cada um deles, um núcleo mais específico de competências, trazendo sua valise tecnológica, seja por uso de equipamentos -intitulada dura - assim como do saber-fazer dos protocolos e normas assistenciais - intitulada leve-dura. Mas que também há um núcleo comum de intervenção desses profissionais, que é de natureza relacional, intitulada tecnologia leve, que opera nos encontros, como escuta, acolhimento, afeto, no espaço intercessor entre usuário e profissionais.

A configuração que o cuidado assume, para as questões relacionadas ao suicídio, tem sido de um trabalho em Rede, realizado por diversos profissionais que complementam seus saberes e práticas nesse processo, além dos organizacionais de assistência. A referência teórica escolhida para essa pesquisa dá um suporte e nos faz perceber que prática de saúde é possível a partir de novos rumos tecnológicos, pensando a composição do trabalho e a implicação dos profissionais, como resultado da construção social do sentido das práticas de saúde.

Não há como desconsiderar “que o processo produtivo da saúde é contraditório, e o trabalho vivo pode ser capturado pela lógica instrumental de produção do cuidado, o trabalho morto” (MERHY, 1997, p. 07). Porém, a micropolítica do trabalho vivo traz para a saúde coletiva a potência do trabalho vivo sendo agenciado por sujeitos, a saber, trabalhador com trabalhador, trabalhador com usuário do serviço, mostrando assim todas as possibilidades para que o profissional da saúde possa operar sua produção do cuidado em seu cotidiano de trabalho (MERHY, 1997).

Seria uma produção mútua, como numa fábrica de subjetividades, de modos de sentir e vivenciar reais demandas, numa relação de escuta e responsabilização de todos. Nesses processos organizacionais, a partir da constituição de vínculos e pactuações, os projetos de intervenção se dariam sem a fragmentação instituída. (MERHY, 2004, p.123)

Para este processo de pesquisa, desde o início, pensar a trajetória profissional e o compromisso com as formulações técnicas e políticas do SUS foi uma trilha percorrida sem que houvesse uma separação entre a pesquisadora e o objeto pesquisado. Não há neutralidade onde queremos estar implicados; trata-se de um território onde habitei com desafio de uma análise da qual também faço parte.

Trata-se, então, de problematizar e avaliar as diversas instituições que atravessam o lugar que se ocupa, não apenas no ato de pesquisar, mas no próprio cotidiano e na vida profissional. Merhy (2004), em seu texto, diz que:

Neste processo o conhecer demandado será um conhecer militante, um saber que não pode deixar de ser singular, ou quase particular, que faça sentido para quem está no processo sob análise, e que poderá fazer sentido para os outros que compõem o cenário protagônico em interrogação (MERHY, 2004).

Conhecer envolve uma transformação, um recolocar-se no mundo, o que pressupõe uma tomada de atitude. Ao longo desta pesquisa, percebi um processo de mudança, na medida em que surgiam os diversos questionamentos, desafios e desvios a cada caminhar. Todo esse decurso me levou a pensar no que Merhy reflete sobre a práxis na saúde ser norteadada por uma pactuação dos diversos atores, estando todos em condições de elaborar, conduzir e efetivar processos de mudança, assim como pensar os tensionamentos (MERHY; FEUERWERKER, 2009; MERHY, 1999).

Compreendendo que uma pesquisa é viva e ao longo do percurso sofre mudanças; a trajetória profissional aqui descrita pode ajudar a pensar sobre quais práticas tenho construído, qual a ressonância do meu trabalho na medida em que traz vivência pulsante, proporcionando a problematização, sistemática dos agenciamentos, dos tensionamentos e dos lugares que foram se tecendo.

O que norteou este projeto consistiu numa aprendizagem centrada no afeto, no acenar para outros cenários de vida, outras pistas a serem construídos nessa interlocução. Num primeiro momento, foi difícil a definição do objeto e consequentemente do objetivo geral e dos específicos da pesquisa, visto que o tema escolhido é complexo e as produções nacionais ainda são incipientes em relação as produções mundiais. Por isso, foi um processo de muitas mudanças, inclusive metodológicas até o recorte final. As contribuições recebidas no exame de Qualificação ressoaram nesse processo de aprendiz/pesquisadora.

Enquanto fazia leituras e escritas pensei em mapear as produções existentes sobre a formação dos profissionais de Saúde para prática de cuidado das questões do suicídio, através da revisão narrativa de literatura e, conseqüentemente, dialogar com o material produzido, preenchendo assim uma lacuna no meu problema de pesquisa. Decidi fazer a revisão de literatura em material nacional, e no caso de outros países, objetivando conhecer as experiências de formação que estão sendo realizadas e como elas podem contribuir para a pesquisa.

Além disso, a pesquisa bibliográfica tem como possibilidade a composição com outros métodos de pesquisa, permitindo a inclusão de diversos delineamentos (experimentais e não-experimentais) e de uma literatura teórica e empírica, dependendo do tipo de revisão de literatura adotada, proporcionando instrumentos e material de pesquisa com a possível análise crítica.

Para Gil (1987), a pesquisa bibliográfica é um método pautado em materiais já produzidos por outros pesquisadores, sendo sua principal vantagem o fato de possibilitar a investigação dos fenômenos de forma mais abrangente quando as informações que compõem a pesquisa encontram-se dispersas.

Segundo Vieira e Hossne (2001), a pesquisa bibliográfica é o resumo da literatura especializada sobre um tema e que possibilita desenhar a evolução do tema, desde as primeiras produções até o que há de mais novo, expandindo e ampliando a abrangência sobre o assunto pesquisado. Fonseca (2002) também afirma:

A pesquisa bibliográfica é feita a partir do levantamento de referências teóricas já analisadas e publicadas por meios escritos e eletrônicos, como livros, artigos científicos, páginas de web sites. Qualquer trabalho científico inicia-se com uma pesquisa bibliográfica, que permite ao pesquisador conhecer o que já se estudou sobre o assunto. Existem, porém, pesquisas científicas que se baseiam unicamente na pesquisa bibliográfica, procurando referências teóricas publicadas com o objetivo de recolher informações ou conhecimentos prévios sobre o problema a respeito do qual se procura a resposta (FONSECA, 2002, p. 32).

Então, defini realizar o mapeamento das produções sobre a formação dos profissionais de Saúde para a prática de cuidado das questões do suicídio, por meio da revisão narrativa de literatura, e dialogar com o material já produzido e minha experiência profissional.

A revisão de literatura ou bibliográfica, segundo Rother (2007), é o tipo de pesquisa que se beneficia do material adquirido, atualizando o conhecimento de um tema específico. Além disso, a revisão possibilita o preenchimento, com novas informações, de uma lacuna no problema de pesquisam (MILANI; COSTA; apud. VOSGERAU; ROMANOWSKI, 2014).

Ao realizar um aprofundamento dessa análise, alguns autores propõem que a revisão se constitui em estudo do tipo estado da arte, tendo essa denominação mais utilizada no campo educacional (PICHETH, 2007; ROMANOWSKI apudVOSGERAU; ROMANOWSKI, 2014).

Na área da Saúde, a denominação que mais tem sido usada é Revisão Narrativa de Literatura (ELIAS et al. 2012). Nesse tipo de estudo, são analisadas as produções bibliográficas em “determinada área [...] fornecendo o estado da arte sobre um tópico específico, evidenciando novas ideias, métodos, subtemas que têm recebido maior ou menor ênfase na literatura selecionada” (NORONHA; FERREIRA, 2000, p. 191). apud. Vosgerau; Romanowski (2014).

Dessa forma, a revisão de estado da arte ou revisão narrativa, na saúde, tem como sua finalidade central o mapeamento, servindo ao pesquisador como uma referência para lacuna que a investigação que poderá preencher, e é necessário considerar “categorias que identifiquem, em cada texto, e no conjunto deles as facetas sobre as quais o fenômeno vem sendo analisado” (SOARES E MACIEL, 2000, p. 4).

A “revisão narrativa” não utiliza critérios explícitos e sistemáticos para a busca e análise crítica da literatura¹⁶. A busca pelos estudos não precisa esgotar as fontes de informações e não aplica estratégias de busca sofisticadas e exaustivas.

A seleção dos estudos e a interpretação das informações estão relacionadas à análise crítica dos autores. Em relação à evidência científica, Rother (2017) traz a possibilidade de a revisão narrativa contribuir na reflexão de determinadas

¹⁶ Segundo folder digital do Instituto De Psicologia – USP, Biblioteca Dante Moreira Leite. Disponível em <<http://bit.ly/2peiOOM>>. Acesso em: 15 jul. 2017.

temáticas, trazendo luz a questões e colaborando em curto espaço de tempo na atualização da literatura e aquisição de conhecimento.

Assim sendo, o presente estudo tem como proposta metodológica uma revisão da literatura. Trata-se de uma pesquisa exploratória de caráter descritivo. Destarte, optei durante o processo de pesquisa pela revisão narrativa de literatura, pois possibilita a ampliação do olhar e análise crítica, com material de diversas fontes, a partir de uma temática mais aberta. Acredito que esta abordagem vai ao encontro dos objetivos e necessidades do estudo proposto.

Uma revisão narrativa de literatura não se restringe a identificar a produção, mas a analisá-la, categorizá-la e revelar os múltiplos enfoques e perspectivas, fazendo com que o diálogo com outras produções me possibilite novas práticas e perspectivas, se necessário, e incentivar pesquisas num campo ainda tão incipiente.

Decidi fazer a revisão narrativa em material nacional, e de outros países com o intuito de conhecer as experiências de formação e, como elas podem contribuir para a pesquisa.

A seleção do material deu-se em periódicos da área da Saúde disponíveis nas bases de dados, de forma não sistemática, a saber: *Medical Literature Analysis and Retrieval System Online (MEDLINE)*, *Literatura Latino-Americana e do Caribe em Ciências da Saúde (LILACS)*; nas bibliotecas virtuais *Scientific Electronic Library Online (SciELO)*, por meio da Biblioteca Virtual em Saúde (BVS); na base da CAPES (Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior) e Biblioteca Digital Brasileira de Teses e Dissertações (BDTD), além de livros, material governamental e jornais.

As buscas foram realizadas no período de julho, agosto e setembro de 2017 e foram utilizadas combinações das palavras-chaves com os operadores booleanos (and, or), respeitando a diferença entre as bases de dados. Não foi estabelecido, na apuração, limite de ano das publicações, para que eu tivesse acesso à diversidade de material. Realizei as consultas utilizando as palavras-chaves e suas conexões: “capacitação profissional”; “profissionais de saúde”; “suicídio”; “tentativa de suicídio” e “comportamento suicida”.

Para as buscas, ficaram estabelecidos como critérios de inclusão: a) artigos disponíveis eletronicamente e todos os outros materiais de pesquisa, na íntegra, que possuíam relação direta com o objetivo proposto; b) materiais publicados em português, espanhol e inglês, sem período previamente definido, referentes à capacitação de profissionais de Saúde para prática de cuidado sobre as questões relacionadas; c) textos disponíveis em versão gratuita.

E como critério de exclusão: a) artigos repetidos; b) estudos publicados em outros idiomas que não fossem o português ou inglês; c) textos que possuíam apenas resumos; d) artigos pagos para ter acesso.

O olhar é singular, porém na medida em que revisitei outras produções a partir dos critérios, a pesquisa me possibilitou novos arranjos, tramas e uma tessitura em diálogo com a minha trajetória profissional, pensadas a partir de memórias e práticas cotidianas de diversos territórios que habitei; experiências que me mostraram nuances de um fazer cuidado, entrelaçadas na problematização de como se produzir esse cuidado, dialogando com alguns modos, princípios e vivências que foram possíveis e que continuam em construção.

Concordo com Barros e Pinto (2003), quando afirmam que “[...] o que distingue os diferentes processos metodológicos é, portanto, a postura assumida na análise dos dados e não os instrumentos utilizados. O olhar sobre o material coletado é o que diferencia, principalmente, os métodos de pesquisa”. E um processo de pesquisa requer disponibilidade do pesquisador para ver, escutar e deixar-se tocar pelos processos originados na investigação, ou seja, deixar-se afetar. Todos os sentidos devem estar disponíveis para o novo (LATOUR, 2007).

Esta escrita, permeada de afetos, carrega um desejo de compartilhar pistas de alguns caminhos; por mais que explore algo que, às vezes, me faz emudecer, paralisar e sentir, que outros possam se aventurar por trilhas; e que, apesar de resultar em morte como é o suicídio, possam encontrar estratégias de produção de vida.

3 DISCUSSÃO E ANÁLISE DOS RESULTADOS

Este capítulo tem por finalidade discutir e analisar os resultados da pesquisa e refletir os assuntos que mais foram identificados durante as leituras sobre a formação dos profissionais da Saúde no cuidado e atenção ao suicídio. Realizei a análise do material obtido na revisão narrativa de literatura e memórias da minha trajetória/experiência profissional pelo método da análise de conteúdo que, segundo Minayo, (2007, p. 203) “[...] articula a superfície dos textos descrita e analisada com os fatores que determinam suas características: variáveis psicossociais, contexto cultural, contexto e processo de produção da mensagem”.

A Análise Temática de Conteúdo, segundo Minayo (2007), é realizada nas etapas pré-análise, exploração do material e interpretação dos resultados obtidos. Foi feita uma leitura flutuante, acompanhada de uma leitura intuitiva (MINAYO, 2007) do material bibliográfico, assim como a leitura das anotações do percurso profissional com objetivo de gerar impressões iniciais acerca do que seria analisado.

Nessa etapa, foram destacadas as informações encontradas a partir de frases e palavras marcantes que indicavam assuntos que mais compareciam relacionados ao estudo, e assim foi possível recortar e identificar quatro temáticas, das quais foram produzidos os resultados e as análises: o estigma e tabu; a produção de cuidado; a prevenção do suicídio e a formação dos profissionais da Saúde.

Como informei no início, o meu recorte foi feito a partir das propostas de atenção no campo das políticas e saúde pública. Assim, nesse espaço eu articulei as experiências profissionais com os aspectos identificados pela revisão bibliográfica, além das concepções teóricas que fundamentaram esta pesquisa, permitindo manter o rigor na definição e análise das categorias, o que possibilitou interpretações e outras pistas em torno de novas dimensões teóricas e interpretativas, sugeridas durante a leitura do material (MINAYO, 2007).

Inicialmente poucos estudos foram incluídos na pesquisa, como descrevi. Tais achados me remetem à ideia de que pesquisar sobre suicídio, ou situações associadas a questões polêmicas, como a estigma e morte, se torna razão pela qual ainda temos poucas publicações na área. Desta forma, ressalto que os temas foram

divididos em categorias de forma didática, mas estão associados e se atravessam a todo momento.

3.1 ESTIGMA E TABU

Nos últimos anos, aumentou o número de pesquisas relacionadas ao suicídio. Entretanto, ainda há muita incompreensão ou falta de informação sobre o tema, visto que ainda percebemos no dia a dia a presença de estigmas e tabus, que algumas pesquisas apontam como a primeira barreira para a produção do cuidado (MELEIRO, 2004; ESTELLITA-LINS 2012).

Para pensar o estigma, dialoguei com a concepção de Goffman (1975 e 1980), que o define como o fato de um indivíduo ser considerado diferente dos padrões normativos de uma sociedade, tendo sua identidade deteriorada por não satisfazer as expectativas sociais, atribuindo a ele características depreciativas e imputando-lhe o preconceito. Além disso, ao ser identificado, é exigido ao indivíduo estigmatizado formas de se enquadrar nos padrões impostos a partir de duas direções: a médico-científica e a religiosa.

Isto posto, temos a categorização do estigma descritos por este autor como: “distúrbio mental, prisão, vício, alcoolismo, homossexualismo, desemprego, tentativas de suicídio e comportamento político radical” (GOFFMAN, 1975, p.14).

Ao longo dos últimos anos temos visto diversas abordagens com hipóteses sobre o suicídio, havendo variação entre as correntes teóricas individuais, sociológicas e biológicas, algumas descritas na introdução deste trabalho.

Alguns autores como Daolio (2012), refletem sobre a importância de se pensar em todos os aspectos envolvidos nas questões do suicídio, pois segundo ele, ainda temos diversas correntes focadas no impacto do fenômeno ou no estudo unilateral de suas causas. E isso desfavorece a compreensão do tema, que é complexo e multifatorial. Daolio (2012) indica inclusive mais pesquisas que ampliem o olhar sobre o estigma em relação ao suicídio como um aspecto que interfere no cuidado.

Com relação a isso, Cassorla (2004) alerta para a necessidade de se buscar um ponto de equilíbrio, pois, segundo o autor, não há teoria que explique todos os

comportamentos suicidas, posto que cada sujeito expressará de acordo com suas vivências, com o contexto em que está inserido, sua cultura, incluindo as fantasias próprias em relação à morte e vida após morte.

É fato que ainda existem muitos mitos associados ao suicídio. Assim como, quem morre através do suicídio é visto de forma mais negativa que em outra causa *mortis*, levando ao entendimento, por pesquisadores, de que o comportamento suicida predispõe à imputação de estigmas (SAND et al., 2013; MADEIRA 2014; REYNDERS et al., 2014; WITTE, SMITH e JOINER, 2012).

Isso é reforçado por Brimlow, Cook e Seaton (2003) que refletem sobre a discriminação em espaços públicos em relação aos vulneráveis, ou como eles dizem 'os ditos anormais'. Eles acreditam que isso gera estigmatização, pois verificaram atitude agressiva, que segrega, separa e exclui essas pessoas.

Análogo às afirmativas acima, temos Dyregrov (2011) e Reynderset al. (2014), que apontam em seus estudos evidências positivas de que em sociedades onde o estigma não se faz presente, existe uma busca por ajuda de pessoas que estão pensando em suicídio. No entanto, na pesquisa de Reynderset al. (2014), identificou-se que pessoas em sofrimento mental, que não são devidamente acolhidas, tendem a buscar saída nas substâncias psicotrópicas e, conseqüentemente, maior o risco para o suicídio. Sudaket et al. (2008) complementam esse estudo quando indicam estigma em relação às doenças mentais e as tentativas de suicídios, fazendo um alerta sobre o comprometimento do cuidado a essas pessoas ao se ter o estigma vinculado.

De acordo com Vieira (2007), as pessoas são afetadas por diversos sentimentos e atitudes em relação ao suicídio, desde medo, raiva, pena, incompreensão, impotência entre outros. Segundo ele, esses sentimentos afetam não só a pessoa que tenta o suicídio, mas também familiares e amigos. Outro aspecto é relacionado à forma como essas pessoas irão vivenciar o luto e a dor da morte, que será mais intensa pelo julgamento moral da sociedade.

De acordo com Buss al. e Reynders et al., o estigma em relação ao comportamento suicida atinge não apenas a pessoa que comete o ato, mas também a família. Ao colocar rótulos, percebe-se que pode haver uma associação da estigmatização a

novas tentativas de suicídio, assim como, “culminar em outras comorbidades, como a predisposição ao uso de substâncias psicotrópicas, ou ainda dificultar o processo de busca de ajuda, por se sentirem discriminados e marginalizados”.

Botega (2000 e 2015), afirma que o estigma e os preconceitos em relação ao suicídio podem intervir de forma equivocada, tanto na avaliação do paciente como na proposta do tratamento. O autor relata em seu livro situações frequentes nos serviços de saúde, e destaca:

[...]“Veja se da próxima vez você se mata mesmo!” É uma frase, pensamento, bastante frequente quando uma pessoa se autoagride. Revela o impacto que os atos suicidas têm sobre a equipe de saúde, provocando sentimentos de franca hostilidade e rejeição (BOTEGA, 2000, p. 158).

O autor cita ainda a frase: “No lugar dele eu também me mataria”, refletindo que “há também o perigo de se valer de um julgamento pessoal subjetivo para se iniciar ou não ações de prevenção” (BOTEGA, 2015, p. 30). Nesse contexto, Fairbairn (1999) também discute sobre como o processo educacional, o contexto religioso e cultural podem influenciar na maneira de como se produz as relações de cuidado, a respeito do dano pessoal e também do suicídio, pela estigmatização.

De forma recorrente apareceu em algumas leituras e nos depoimentos de profissionais a associação do sofrimento psíquico ao transtorno psiquiátrico nas questões do suicídio. Precisamos pensar sobre isso e, concordando com Neto (2013), “Nós não podemos esquecer que não necessariamente esses dois fenômenos estão associados. Eles podem estar, podem inclusive derivar um do outro, mas não necessariamente eles estão associados”. Rigo (2013) reflete que:

[...] diante de sujeitos decididos a morrer por meio de um ato radical como o suicídio, independentemente da abordagem adotada, o psicólogo deve estar advertido de que neste ato a dimensão do sofrimento está sempre presente, mesmo em casos em que não esteja configurado um transtorno mental.

Em outra reflexão, Rigo (2010), que desenvolve um trabalho clínico há mais de 20 anos no Núcleo de Estudo e Prevenção do Suicídio (Neps), ligado à Secretaria de Saúde do Estado da Bahia, e problematiza essa associação entre depressão e suicídio quando coloca que:

Alguns estudos relacionam o suicídio a transtornos mentais. Entre eles, a maior incidência de suicídio é nos casos de depressão, esquizofrenia e alcoolismo. A depressão, por sua vez, figura como o mais prevalente entre esses transtornos. Outros estudos mostram que apenas 15% a 20% das

peças com depressão se suicidam. O que leva a duas conclusões: nem todo deprimido se suicida e nem todas as pessoas que cometeram o suicídio cursavam com depressão. Deste modo, parece mais prudente considerar a depressão como um fator de risco, não como causa do suicídio.

Maliska e Wallauer (2012) confirmam que ainda se faz presente o que chamam de desconsideração do sofrimento psíquico, de forma geral, por parte de alguns profissionais da Saúde. Fazem um questionamento se esta atitude está relacionada à falta de conhecimento dos fatores de risco do suicídio, nos aspectos psicológicos e emocionais. Trazem o fato de que, mesmo que o sofrimento psíquico seja subjacente à tentativa de suicídio, o entendimento e a atitude para com a pessoa não difere muito do que é entendido pelo senso-comum, ou seja, sem a devida escuta e acolhimento, levando à estigmatização. Sendo assim, as intervenções em saúde dependerão das avaliações que o profissional da saúde faz.

Durante as reuniões de equipe na Unidade de Saúde em que atuei, era muito corriqueiro as observações de profissionais, na maioria das vezes, referindo-se às tentativas de suicídio com falas de senso comum, tais como: “ah....se entupiu de remédio”; “tentou se matar”; “é...ele é doidinho”; “não sei por que não está no internado no manicômio”. A questão em associar o suicídio ao fato do sujeito ter algum diagnóstico de transtorno mental, também era muito recorrente, sem ao menos ser realizada uma escuta e propor a discutir os casos de tentativa de suicídio era normalmente a partir de muita insistência.

A palavra suicídio não aparecia nas falas, é como se houvesse uma proibição ou pelo próprio estigma. Em determinados momentos, dependendo do profissional, havia negação em se discutir os casos, pois o associavam a problemas psiquiátricos ou a “falta de Deus” e, no caso de ser um transtorno psiquiátrico, o paciente era de responsabilidade do CAPS.

Além da falta de informação e entendimento sobre as questões relacionadas ao suicídio, tem-se consequentemente, o risco de uma relação do profissional com as pessoas, construída não pela ética, mas pela moral, facilitando assim, o estigma e tabu sobre o assunto.

Um aspecto que surgiu, relacionado ao estigma e tabu durante as leituras, foi a dificuldade do profissional da Saúde para lidar com a morte, como um tema anterior

e mais amplo ao suicídio e que interfere diretamente nas práticas de cuidado. “Um dos pontos mais temidos no processo de morrer, na atualidade, é a incerteza, isto é, saber que a morte virá, mas não saber quando e nem como, sem controle ou planejamento” (KOCAS, 2003).

Segundo Kubler-Ross (2001), estudiosa sobre o tema morte, a nossa reação perceptiva diante do que não sabemos ou conhecemos causa estranheza e nos remete a refletir se devemos inclusive pensar sobre a morte, é como se ela não nos pertencesse. Ela é um fenômeno inerente a nossa vida cotidiana, mas não falamos abertamente sobre, pois há um incômodo e negamos pensar a finitude.

Conforme LIMA, LEVANDOWISKI e WERLANG (2008),

O tema da morte desencadeia uma série de reações e dificuldades no ser humano. As dificuldades estão relacionadas com a incapacidade humana de representar psiquicamente a morte. Perceber a morte é defrontar-se com a própria finitude.

Se a morte natural tem um peso e não queremos pensar sobre ela, o que dizer sobre o suicídio, que é um ato voluntário? Netto (2013) adentra a discussão ao falar do aspecto da morte num contexto histórico:

[...] trazendo uma questão que me parece ser fundamental de se pensar, que é o fato do suicídio não ser qualquer morte, é uma morte em específico, é uma determinada morte. E eu não estou falando de um suicídio em qualquer momento histórico, mas em um momento histórico específico, na sociedade capitalista. Essas duas questões têm implicações bastante serias que fazem com que pensemos nesse fenômeno, tanto do ponto de vista de como o suicídio acontece e de seus determinantes, quanto do ponto de vista de como nós lidamos com ele.

De acordo Casullo, Bonaldi e Liporade (2000), o suicídio escancara a questão da morte programada e voluntária, já que o intuito da pessoa é provocar a própria morte. Para pensarmos a relação do profissional de saúde com a morte, começo recorrendo Ariès (2012), que publicou em o livro História da Morte no Ocidente (1975) para discutir as percepções sociais da morte ao longo do tempo.

Foi observado por Ariès (2012) que, durante a Idade Média, a morte fazia parte de um ciclo de vida e por isso naturalizada e aceita no cotidiano das pessoas. Com o passar dos tempos e a evolução das sociedades modernas ocidentais, culturalmente, a ela deixou de ser vista como parte de um processo natural e passou

a ser, através dos novos recursos médicos, considerada um fracasso, devendo se estender infinitamente.

Devemos lembrar que o século passado foi marcado pelo avanço da ciência positivista e do crescimento de especialidades focais na prática médica. O interesse pela saúde da população apareceu no final do século XVIII, com o nascimento da medicina moderna e da higiene e, com isso, a normatização e disciplina dos corpos (FOUCAULT, 1997). Ao exercer poder sobre a vida, a morte se torna o limite, um momento que escapa a esse poder, segundo Foucault (1988), entendendo que o suicídio antes considerado crime, tenha se tornado um dos primeiros assuntos a entrar para o campo das análises sociológicas no século XIX, afinal o direito a esse ato era apenas dos soberanos: “Ele fazia aparecer, nas fronteiras e nos interstícios do poder exercido sobre a vida, o direito individual de morrer” (1988, p. 30).

A ciência positivista, a partir do final do século XIX, se desenvolveu justamente para a manutenção da vida. O discurso de poder sobre a vida e sobre os corpos acabou por ser o objeto de trabalho que a prática médica apreendeu na sua formação. Para manter a ordem capitalista e de produção, as estratégias das práticas de saúde aliadas às novas tecnologias, subjugaram os outros saberes e práticas para garantir que não houvesse nenhuma forma de interrupção de vida, sendo assim, o corpo biológico se tornou o único objeto a ser considerado.

Diante as relações do saber-poder, a subjetividade é anulada e, assim, como qualquer situação, passa a ser diagnosticável. O normal e patológico passa a ser explicado a partir do que se considera esse corpo saudável, possibilitando o que Goffman (1975) traz sobre estigmatizar o que é diferente.

Assim, Merhy e Feuerwerker (2009) refletem que, ao olharmos qualquer fenômeno de sofrimento como doença e não para o sujeito e suas singularidades, o olhar será dirigido apenas à doença. Então, a pessoa que tenta o suicídio não é normal, porque ser normal é querer viver saudável e eternamente; logo, ela é considerada “louca” e assim, num pequeno pensamento, estigmatizamos o suicídio e o transtorno mental. Essas questões influenciam diretamente na produção do cuidado. Diante disso, e para além disso, mais do que pensar em um diagnóstico devemos olhar o sujeito, o que ele traz como demanda e desejo através de uma escuta e acolhimento.

A questão é o que se impõe sobre o estilo de vida, que a cada dia se coloca como mais necessário, saudável e cada vez mais urgente, como explicita Pelbart:

[...] trata-se de adequar o corpo às normas científicas da saúde, longevidade, equilíbrio, por outro, trata-se de adequar o corpo às normas da cultura do espetáculo, conforme o modelo das celebridades. A obsessão pela perfectibilidade física, com as infinitas possibilidades de transformação anunciadas pelas próteses genéticas, químicas, eletrônicas ou mecânicas, essa compulsão do eu para causar o desejo do outro por si mediante a idealização da imagem corporal, mesmo à custa do bem estar, com as mutilações que o comprometem [...] (PELBART, 2013, p. 27).

Diante do apresentado, percebemos a dificuldade de pensar na finitude na sociedade contemporânea, que pensa na morte como algo distante; não falamos e nem queremos pensar sobre a morte, e isso faz com que o suicídio seja um bloqueio desse processo atual normativo de prolongamento da vida.

Rigo (2013) levanta a reflexão de como esse sujeito que comete o suicídio e diz não à existência está desestabilizando a ordem, “[...] posto que o suicida é aquele que subverte a ordem médica, contraria as leis cristãs e desafia a lógica capitalista”.

Corroborando esse pensamento a pesquisadora Werlang (2013), ao falar da dificuldade de abordar a morte no mundo ocidental, já que vai à contramão da ciência que “emprega grandes esforços para alongar os dias de vida e a pessoa que comete o suicídio vai de encontro a essa ideia, provocando um choque, um paradoxo”. Fazendo com que os diversos espaços sociais não problematizem a morte e nem o suicídio, como nas escolas, na família e nem nas graduações da área da saúde. Ao encontro dessa ideia, Botega (2015) diz que:

Em geral lutamos pela vida e pensamos na morte de forma genérica e abstrata, como algo distante. O paciente suicida é ameaçador, fere devoções e expectativas. Ao trazer a morte para mais perto, ele desafia subterfúgios existenciais de quem o atende (BOTEGA, 2015, pág. 13).

Se o que se busca é fazer viver e prolongar a vida a qualquer preço, a morte seria o próprio limite e o suicídio a prova de sua inoperância. A busca pela salvação da vida a qualquer custo é discutida por Schramm (2002), que chama a atenção para a importância do profissional da Saúde ter disponibilidade em escutar o desejo de morte sem desapropriá-la.

Não podemos deixar de falar do suicídio desconsiderando a vida e suas implicações, mas também pensarmos na morte enquanto parte desse processo da vida. O

suicídio já não é mais considerado crime, porém diante dos apontamentos feitos, podemos pensar se ele ainda não continua respondendo como crime diante dos estigmas. Como dito anteriormente, muitos casos de suicídio não são registrados e esse também se coloca como um ponto, que comparece para pensarmos dentro do estigma e tabu e que pode estar entrelaçado com todas as questões acima.

Enquanto atuei em setor administrativo, na área técnica de Saúde Mental, aprendi fazendo, e no encontro com o outro e com os outros, que não temos como separar a clínica/assistência da vigilância/dados epidemiológicos, confirmando o que Merhy e Franco (2013) refletem sobre isso. Sempre pensei os números como algo frio, normativo e que não mostram a subjetividade de cada situação. Porém, são eles que tiram a invisibilidade de diversas situações em saúde.

Ao participar da construção da Linha de Cuidado e Atenção ao Suicídio no município em que atuo, me desterritorializei e percebi o quanto as notificações das tentativas de suicídio puderam ser uma ferramenta de prevenção e promoção para elaboração do plano de cuidado, o impacto gerado de algo “invisível” possibilitou amplas discussões, planejamento e implantação de ações no município.

Porém, não é a realidade no Brasil e no mundo como discorri na introdução. De forma geral, acredito que devemos ainda ampliar as discussões de todo processo, de como são gerados, armazenados e de novos instrumentos para essas avaliações dos dados epidemiológicos em relação ao suicídio e as tentativas. E assim termos dados mais fidedignos para o planejamento de ações de cuidado quanto ao suicídio.

Se pensarmos que as políticas públicas são construídas e norteadas por dados epidemiológicos e que pesquisas mostram que os suicídios são subestimados e as tentativas são subnotificadas apesar da notificação ser compulsória para os profissionais de Saúde, cabe questionar: Por que isso acontece?

Bertolote e Fleishmann (2004) suspeitam que a notificação dos casos de suicídio pode ser falseada por motivos religiosos, sociais, culturais, políticos, econômicos, além do estigma e tabu, estimando que a distorção esteja entre 20% e 100% a menos do que ocorre na realidade. Pergunto-me se as subnotificações das tentativas de suicídio também não entram nesse rol de motivos.

Werlang e Botega (2004) acrescentam que, possivelmente, os subregistros do suicídio ocorram pela estigmatização que o traz para a família e para a pessoa que cometeu o ato. Em várias ocasiões, a família solicita que não seja registrado o suicídio como causa na declaração de óbito, interferindo assim nos dados epidemiológicos. Com certeza há muito por fazer no processo incessante de trazer à tona as reflexões que se fazem sobre essas relações. Pois, ao subnotificar, o fato passa a ser “inexistente” e produzir cuidado ou prevenir torna-se “desnecessário”.

Assim, o enfrentamento das questões relacionadas ao suicídio se torna cada vez mais importante nos dias atuais. As próprias concepções tornam a tarefa densa, no entanto precisa ser mais estudada e problematizada. Afinal, essas definições interferirão na conduta ou postura do profissional de Saúde, tal qual dados não fidedignos interferem no planejamento das ações de cuidado.

Pensar a morte faz parte da vida, assim como pensar os modos de viver e de morrer, e isso não deveria estar fora das formações profissionais, e nem das discussões cotidianas dos serviços de saúde. Ao pensá-la, podemos inventar outras formas de viver outras possíveis existências e a desmitificação do suicídio e da própria morte pode emergir em uma humanização do cuidado.

Merhy (2013) diz que o agir diante da vida é singular, ou seja, de cada, e, por isso múltiplo, pelas interações que a pessoa vai estabelecendo. E isto vai definir como o cuidado é produzido, de um jeito ou de outro. Há uma produção subjetiva da realidade social. Acontece que essa realidade pode se manifestar, tanto produzindo como reproduzindo, nos “processos de captura subjetiva dos sujeitos, em que a ética do cuidado está aprisionada pela normatividade da vida e do trabalho, pela repetição de sentidos [...]” (p. 10).

No encontro com o sujeito que nos demanda a atenção em saúde, somos afetados e afetamos. Há uma intensidade de sentimentos, emoções entre profissional e usuário permeado por crenças, aceitação ou não, tabus, aproximações ou desencontros na percepção da necessidade do sujeito. A partir disso, cria-se o tipo de cuidado que será oferecido. Assim, trago a produção do cuidado em saúde no próximo tópico.

3.2 PRODUÇÃO DO CUIDADO

O que se opõe ao descuido e ao descaso é o cuidado. Cuidar é mais que um ato; é uma atitude. Portanto, abrange mais que um momento de atenção. Representa uma atitude de ocupação, preocupação, de responsabilização e de envolvimento afetivo com o outro BOFF (1999, p. 52).

As pesquisas a seguir refletem sobre a postura do profissional diante do comportamento suicida. Em parte delas, predomina uma dificuldade do trabalhador diante do tema suicídio e em outras, a falta de capacitação profissional durante a graduação. Esse despreparo pode gerar reações emocionais no profissional de saúde, fragilizando assim o cuidado e até causando o adoecimento dele.

Uma questão que os autores afirmam é sobre o equívoco no entendimento às pessoas que idealizam, tentam ou consumam o ato do suicídio (CASSORLA, 1991; DESLANDES, 1999). Alguns ainda acrescentam sobre os sentimentos de desprezo e preconceito ao ter que lidar com essas situações no ambiente hospitalar (SAMPAIO, BOEMER, 2000; SILVA, BOEMER, 2004).

Segundo Meleiro, Botega e Prates (2004), as intervenções podem se tornar muito difíceis e pouco gratificantes diante das constantes reincidências do comportamento suicida. Diante disso, Machin (2009) acredita que os profissionais se dediquem mais aos pacientes que desejam viver e não àqueles que podem usar o suicídio para “agredir o mundo”.

Corroboram com autores acima Silva e Boemer (2004), que confirmam a ideia equivocada de profissionais que acreditam que se trata de um ato de desespero realizado com intuito de chamar atenção para culpar, agredir ou até impressionar outra pessoa, desconsiderando assim, a pessoa e uma possível existência de um sofrimento psíquico.

Estellita-Lins (2012), ao citar Cassorla (1998), faz uma reflexão sobre três questões básicas que os profissionais de Saúde se deparam ao atender pessoas que tentaram o suicídio. A primeira seria o acolhimento de forma inadequada, tanto pelo desconhecimento sobre o tema, por falta de capacitação ou insegurança; a segunda estaria ligada a uma ambiguidade com que muitos lidam com o tema, visto que em algum momento na trajetória da própria vida, alguns profissionais também pensam

nessa possibilidade; e a terceira estaria relacionada à lógica da internação psiquiátrica como única forma de encaminhamento para o cuidado. O autor ainda ressalta que essas situações afrontam o saber e fazer dos profissionais de Saúde.

Em seu livro “Urgências Psicológicas no Hospital”, Angerami-Camon (2004) reflete sobre a postura do profissional da Saúde diante do paciente quando recorre à Merleau-Ponty (1992) para reavaliar esta postura:

Ao expor seu sofrimento, o paciente não apenas revela sua dor, mas também a sua configuração de valores, ou até mesmo a maneira como toca tangencialmente o seu próprio universo perceptivo. Embora não possamos abarcar a totalidade de sua dor no dimensionamento daquilo que ele sente, ainda assim tenho como compreendê-lo em sua configuração de desespero.

Meleiro et al. (2004) também afirma que a falta de compreensão do profissional da Saúde para com as pessoas em risco de suicídio, gera, ainda, consequências negativas no cuidado. Em pesquisas de Brocker (2007) e Gulfiet et al. (2010) com profissionais da saúde mental, identificou-se reações de muita ansiedade por ter que lidar com pessoas em risco de suicídio, assim como, sentimentos de preconceito, agressividade, desprezo, incompreensão, distanciamento e raiva.

Outras questões são apontadas na pesquisa de Gulfi et al. (2010), quando o profissional teve a experiência de um paciente efetivar o ato do suicídio. Observou que a partir disso, o profissional passa a ter maior atenção às questões legais, ou seja, ter um paciente que comete suicídio pode gerar processos, mais consultas a outros colegas de trabalho e mais internações de pessoas em risco de suicídio. Essa constatação também comparece nas pesquisas de Silva & Costa (2010), Loureiro (2006), Vidal & Gontijo (2013): muitos profissionais se sentem despreparados para atuar com o indivíduo suicida, o que interfere na conduta do trabalhador, levando-o a adotar uma postura impessoal e ter dificuldade de lidar de forma humanizada

Santos (2008) também confirma que médicos, enfermeiros, psicólogos, diante casos de comportamento suicida, experienciam diversas emoções, “[...] ao entrar em contato com seus próprios questionamentos, angústias, dúvidas, sentimentos, muitos dos quais são deixados de lado, guardados em algum compartimento para não serem mexidos” (SANTOS, 2008, p. 119).

Em relação a isso, Botega diz que:

Cuidar de um paciente com intenções suicidas é uma tarefa desafiadora e estressante. É preciso suportar a angústia e circular pelo inferno pessoal do paciente, conhecê-lo. Ainda que o caráter potencialmente letal da crise suicida exija ação-providências para manter o paciente a salvo-, **em muitos momentos deve-se simplesmente ouvir, mantendo o silêncio atento digno de um companheiro de jornada.** Ao mesmo tempo, em uma atitude de introspecção, vamos examinando os sentimentos que aquela situação desperta em nós (BOTEGA, 2015, **grifo meu**).

Buscioli (2012) realizou um estudo com narrativas de pacientes internados no Hospital Colônia Adauto Botelho, no Estado do Paraná, após tentativas de suicídio, em que eles apontam algumas dificuldades em relação ao CAPS: a alta rotatividade de profissionais e a insensibilidade no acolhimento por parte de alguns.

Também Gutierrez (2014) e Kohlrauch et al. (2008), citam a falta de capacitação e o desconforto emocional do profissional da Saúde como as principais dificuldades para lidar com o suicídio. Assim como Zana e Kovács (2013), que acrescentam sobre o quanto realizar atendimento às pessoas com ideação ou tentativa de suicídio mobiliza emocionalmente a equipe de saúde.

Segundo Ximenes (2004), durante um estudo na emergência de um hospital do Rio de Janeiro, percebeu que os profissionais não eram treinados quanto às condutas clínicas específicas, e revelaram suas dificuldades em cuidar e se relacionar com as pessoas que haviam tentado o suicídio.

Em outros textos, como os de Costa, Wetzel e Kohlrausch (2007a; 2007b; 2012), Camelo e Angerami (2008), Kohlrausch e Costa (2007), Kohlrausch et al. (2008), os agentes comunitários e enfermeiros da atenção básica relataram dificuldades em acompanhar pessoas com comportamento suicida, pois não se sentiam capacitados. Vale ressaltar que os enfermeiros da atenção básica são responsáveis por supervisionar e capacitar os agentes, que nem sempre são técnicos em saúde.

Diante do recente movimento voltado à prevenção do suicídio no mundo e no Brasil, emergem alguns questionamentos ao que tem acontecido no cotidiano dos profissionais de Saúde em relação à produção de cuidado as pessoas com comportamento suicida. No meu cotidiano profissional, observo que há profissionais que vivem um despreparo e “medo” de lidar com as pessoas em risco de suicídio; esse sentimento é o que mais comparece na fala desse grupo, por não se sentir preparado tecnicamente, por não entender como sendo de sua responsabilidade

naquele serviço, ou questionam os processos de trabalho ou porque há sim, um julgamento moral-religioso relacionado ao estigma.

No âmbito da saúde pública, campo de minha pesquisa, observo vínculos fragilizados entre profissionais e pacientes, numa relação que deveria ser horizontalizada, humanizada e acolhedora com base numa integralidade do cuidado. As reflexões são de diversos momentos e de espaços do cuidado às pessoas em risco de suicídio, em diversos pontos da rede de saúde, seja na APS, nos CAPS ou nos serviços de urgência e emergência. Para além do que concerne as peculiaridades e responsabilidades técnicas de cada ponto da rede, o viés aqui é o cuidado pensando o sujeito inserido na Rede.

A proposta da promoção de saúde aponta para um conceito amplo e não se restringe apenas a uma situação de ausência de doença. Contudo, ainda vemos no imaginário da população e na postura de alguns profissionais da saúde, o que Souza (2015) aponta: “culturalmente, há séculos a ideia de saúde como mera ausência de doença se tornou parte do senso comum e orienta as respostas sociais aos problemas de saúde” (SOUZA, 2015, p. 07). E em muitos momentos, medicalizando esses problemas.

Eliane Brum (2013), em seu texto “O doping dos pobres”, cita uma narrativa de situações no cotidiano de alguns serviços de saúde:

As pessoas estão sendo viciadas em ansiolíticos nos postos de saúde, afirma uma psicóloga. São levadas a acreditar que o remédio pode acabar com a sua dor, uma dor que tem causas muito concretas. Não resolve, claro. Um exemplo. Uma mulher tinha dois empregos, um de dia, outro de noite. O que ganhava não dava para pagar as contas. Os ônibus que pegava para chegar até esses empregos eram lotados. Ela vivia num barraco. Aí procurou o posto de saúde e lhe trataram com antidepressivos. Não adiantou. Deram-lhe outro medicamento. Nada. Um dia, sem nenhuma esperança ou recurso, ela tentou suicídio, conta. A questão é que não há promoção de saúde, porque isso implicaria se preocupar com projeto de vida, com perspectiva de vida, com melhoria das condições de vida. O que há é medicalização da vida (p. 43).

Vimos que há uma historicidade no processo das graduações dos profissionais da Saúde voltadas para modelo biologicista, e, mesmo as profissões que se distanciam desse modelo, oferecendo um ensino de forma mais humanizada e sustentando a lógica das subjetividades, o que vemos ainda no cotidiano do trabalho é a postura capturada pela lógica hegemônica.

Concordo com Merhy (2005, p. 03), quando diz:

Somos testemunhas, no dia a dia dos nossos serviços, que são muitos os que falam em integralidade e que isso não, necessariamente, significa que sejam protagonistas de novas práticas de saúde. Ao contrário. Na maioria das vezes a integralidade está sendo capturada por modelos de praticar a produção do cuidado em saúde bem tradicionais, bem corporativo centrados.

Na medida em que ainda temos ações em saúde como uma prática da integralidade - mas desde que o médico seja o centro - mantemos a perspectiva biologicista hegemônica. “E, não podemos dizer que só os médicos fizeram e fazem isso, pois, com um olhar atento, vemos que esse é o movimento realizado por todas as profissões de Saúde, universitárias ou não” (MERHY, 2005, p.03).

O setor saúde é um campo sempre em disputa política, ideológica e de núcleos de saber, onde as disputas são bem definidas por visões distintas. Essas disputas são desde o modo que se constrói a saúde, como se faz, além de se disputar para que grupo deve-se priorizar. Essas construções irão atravessar e afetar a todos - trabalhadores e usuários (MERHY, 2008). O que nos leva a refletir quantos agravos que podem causar aos pacientes, na medida em que se investe mais em procedimentos e tecnologia dura do que na relação de cuidado e na maior medicalização pelas ofertas de novos diagnósticos e medicamentos. De acordo com Feuerwerker (2014, p. 42),

[...] no campo da saúde o objeto é a produção do cuidado, por meio da qual se espera atingir a cura e a saúde, que são, de fato, os objetivos esperados. Entretanto, a vida real dos serviços de saúde tem mostrado que, conforme os modelos de atenção adotados, nem sempre a produção do cuidado está efetivamente comprometida com a cura e a promoção.

Dessa forma, refletimos que em alguns serviços de saúde ainda há profissionais trabalhando na lógica hospitocêntrico medicalizante, em que a medicalização e a internação são vistas como únicas alternativas para o cuidado, antes mesmo de se realizar uma escuta, incluindo também as questões relacionadas ao suicídio.

Essa reflexão é para problematizarmos todos os aspectos que envolvem o assunto e sua complexidade, pois o que vivenciei nos últimos anos é a medicalização do sofrimento como principal oferta ao cuidado das pessoas. E não estou me referindo aos médicos especificamente, mas à postura dos profissionais da Saúde de forma geral, que ainda coloca o médico no centro das decisões de suas práticas.

Vale levantar o que se entende enquanto saúde: se o corpo biológico se torna o único objeto a ser considerado, a subjetividade é anulada, e o normal e patológico passa a ser explicado a partir do que se considera esse corpo saudável; o investimento, nesse caso, será na promessa de uma vida sem sofrimentos e cada vez mais urgente que seja saudável, feliz e eterna, o que pode interferir na produção do cuidado, nas relações entre profissionais e usuários do sistema de saúde.

A própria escuta é orientada pela concepção de saúde que irá nortear a produção do cuidado. Se o indicativo é uma intervenção biopsicossocial, mas o modelo de escuta está na lógica hegemônica, haverá dificuldade no processo do cuidado. Fukumitsu (2013) nos traz uma perspectiva do sentimento de impotência diante dos casos de suicídio dentro de uma lógica autoritária-hegemônica :

Em contrapartida, é a impotência a justa medida para contrabalancear a fantasiosa onipotência de acreditar que poderia salvar alguém. Não. Não é possível salvar a todo momento, porém, carrego a crença de que posso me colocar a serviço de cuidar de meu semelhante, compartilhando seu desespero existencial e não me deixar abater pelo aumento desenfreado do número de suicídios a cada ano em todo mundo (p. 25).

Concomitantemente, os profissionais têm levantado questões sobre os processos de trabalho organizados de forma que não se efetive um encontro potente entre profissional e paciente. Desde uma organização de agenda dos profissionais, tempo dos atendimentos, priorização da clínica tradicional sem as ações de promoção, demanda instalada do serviço, ou seja, o modelo de atenção implantado irá atingir diretamente trabalhadores e os usuários do serviço.

Para Luz (2004), há modelos idealizados, distantes da realidade do que se concretiza entre os pacientes e profissionais nos espaços reais de produção de cuidado. Práticas de cuidado, realizadas por diversos trabalhadores, que agem a partir de seus saberes e experiências, numa construção diferenciada de práticas, com novos modos e novas práticas, mas que são desconsiderados.

Há algum tempo, a organização dos processos do trabalho em Saúde vem sendo discutida. Segundo Merhy e Onoko (1997), a mudança no modelo técnico-assistencial das políticas de saúde deve ser realizada numa tarefa coletiva com os trabalhadores de Saúde e usuários dos serviços, produzindo-se mutuamente como numa fábrica de subjetividades, de modos de sentir e vivenciar as necessidades.

No entanto, continua Merhy e Onoko, há uma fragmentação da assistência, fazendo com que os processos relacionais, também denominados de tecnologias leves, sejam cada vez mais incipientes no processo de trabalho em Saúde. Em contrapartida, as tecnologias duras, que são todos os materiais e equipamentos para tratamento, exames e organização das informações, medicalização e prescrição estão cada vez mais presentes, juntamente com as tecnologias leve-duras, que são os saberes técnicos estruturados (MERHY, ONOKO, 1997).

Luz (2004) corrobora com os autores no sentido de que o sistema continua centrado nas especialidades e no uso abusivo de tecnologia dura; e complementa que existe uma tendência a uma relação verticalizada e impessoal com os usuários, além de criticar aos seus altos custos, progressivos e insustentáveis do sistema de saúde.

Quando ouço os profissionais sobre a necessidade de organizar os processos de trabalho nos setores da saúde, eles analisam que o ritmo imposto pela forma que as demandas estão organizadas e, conseqüentemente, o aumento delas, as ações se tornam automatizadas e burocratizadas, perdendo o sentido humano no trabalho. Essas falas se repetiram durante as reuniões realizadas junto aos profissionais que atuam na Linha de Cuidado e Atenção ao Suicídio no município em que trabalho. Ao refletir sobre seu cotidiano, era unânime sobre o “apagar incêndio”, e não haver mais tempo para a dedicação que a produção do cuidado exige.

Por diversas vezes no meu percurso profissional, escutei de usuários as dificuldades encontradas no relacionamento com profissionais da rede de saúde, pela falta de acolhimento, pelo olhar ou postura temerosa, pela hostilidade, até mesmo, explícita, dos profissionais da saúde ao se depararem com as questões do comportamento suicida trazido por esses usuários. Isso ficava claro na enorme resistência a dar continuidade ou procurar ajuda nos dispositivos de saúde.

A minha percepção diante disso sempre foi pensar que essas atitudes poderiam estar relacionadas com uma dificuldade dos profissionais diante a demanda em relação ao suicídio, e os sentimentos que se apresentavam. Assim, a partir de mecanismos de defesa ativados, havia um distanciamento das questões do suicídio e também do que concerne a própria questão da morte, para que se conseguisse realizar algumas intervenções e cuidado.

No entanto, além dessa minha percepção é preciso considerar que a forma de uma organização dos serviços pode dificultar uma atenção diferenciada. Nesse sentido, penso que a atuação do profissional pode também sinalizar uma organização do processo de trabalho fragmentada. Ao mesmo tempo em que ele não é acolhido, não acolhe, não se deixa ser afetado. Diante do endurecimento das relações pela tecnologia dura, há uma perda da potência. Assim, no momento em que as ações se tornam normativas e burocráticas, o trabalho vivo é impedido de ser realizado.

Diante dessas questões, ainda presentes, Feuewerker (2014) faz um panorama onde, na tentativa de construir a integralidade das ações em saúde, dois conjuntos de estratégias vêm sendo implementados. O primeiro é baseado na mudança do modelo tecnoassistencial, a partir da renovação da atenção básica por meio da saúde da família e da ampliação da ênfase sobre a promoção à saúde. E o segundo, seria mudar o modelo tecnoassistencial tomando as necessidades de saúde como foco para a construção de linhas de cuidado, que atravessem todos os níveis de atenção (básica, especializada, hospitalar e de urgência) e, que podem assim, assegurar o acesso e continuidade do cuidado.

Ainda persiste, segundo a autora, uma fragmentação do cuidado por níveis de atenção, como Merhy e Onoko (1997) já alertavam, mostrando grandes dificuldades para articular os níveis de atenção entre eles. Além de uma ampla reprodução da prática clínica de pronto-atendimento na atenção básica, levando à descontinuidade da atenção, dificuldade de adesão por parte dos usuários e limitado impacto especialmente no controle das doenças crônicas. Também, existe uma significativa restrição de acesso a segmentos da atenção especializada e a métodos diagnósticos (FEUWERKER, 2014).

Além disso, a efetivação de um trabalho em equipe fica prejudicada. Segundo Feuewerker (2014), há uma desresponsabilização em relação à saúde dos usuários como um todo, além de uma perda da dimensão cuidadora dos atos de saúde. As persistentes tentativas de “encaixar” trabalhadores e usuários a propostas estruturadas de organização das práticas e programas de saúde, e acréscimo por nível de assistência, têm fracassado. E as estratégias como acolhimento e suposta democratização da gestão do cuidado, tem se burocratizado e perdido, ao longo dos anos, o sentido e a potência.

Em relação à segunda proposta de mudança do modelo à saúde é a constituição das linhas de cuidado, como já citado por mim no início do trabalho. Apesar de mais complexas para sua implantação e gestão, elas possibilitam a articulação entre trabalhadores e serviços, criando espaços permanentes de análise crítica sobre o processo de trabalho, assim como, ‘a constante renovação de pactos (entre trabalhadores de uma equipe e entre diferentes equipamentos de saúde) para assegurar o cuidado e a ampliação/renovação das tecnologias envolvidas na atenção’. Pois, para essa efetivação são necessárias modalidades de apoio, como o apoio institucional e matricial, e, a educação permanente (MERHY e FRANCO, 2003; BERTUSSI, 2010; BADUY, 2010 apud FEUEWERKER, 2014).

Diante dessas questões, Merhy aponta a micropolítica como o elemento fundamental para realizarmos as análises do trabalho em Saúde. Não seria na estrutura e na superestrutura da sociedade que encontraríamos as respostas para as dificuldades de transformação das práticas” (FEUERWERKER, 2014, p.37). Mas nos micro-processos em saúde realizados no dia a dia do cotidiano.

Merhy e Franco (2013) trazem, sobre não podermos mais deixar de pensar a subjetividade dos trabalhadores como uma das dimensões do modo de produção em saúde (MERHY, FRANCO, 2013).

A partir do que Merhy (2004) traz, me leva a pensar no quanto desafiador e marcante tem sido o processo de construção desse lugar de profissional/pesquisadora implicada: “A situação do sujeito implicado com a ação protagônica não promete a priori a produção do conhecimento, mas antes de tudo a ação [...] a construção intencional que dê sentido para o agir [...] como muitos sujeitos: sujeito político, pedagógico, epistêmico, dos afetos, técnico, entre outros” (MERHY, 2004).

Durante o ato clínico em saúde, em que, há um encontro do trabalhador de Saúde com o usuário num processo de trabalho dirigido à produção de atos de cuidado, cria-se entre eles um espaço de interseção que sempre existirá, em seus encontros. Merhy (2007) chama de “*no ato intercessor do agir em saúde*”, pois ele é construído pela ação territorial dos atores em cena. Assim, no processo de trabalho em Saúde há um encontro, imprevisível, do agente produtor/profissional de Saúde (com suas

ferramentas - conhecimentos, equipamentos e conceitos) e do agente consumidor/usuário dos serviços de saúde (com suas intencionalidades, conhecimentos e conceitos). Sendo, o consumidor, em parte, objeto do ato produtivo, mas, não deixa de ser um agente ativo, que interfere no processo (FEUERWERKER, 2014; MERHY, 1997; 2007).

Cada profissional irá produzir o cuidado de forma singular mesmo que esteja sob uma mesma orientação. Não há como padronizar as ações, pois, na relação com a pessoa que demanda cuidado no cotidiano, quem define o cuidado é o trabalhador.

Nesse sentido, todo profissional da Saúde, independentemente de suas atribuições no processo, é um operador de cuidado. Em alguns momentos, o encontro se torna pesado e os profissionais se distanciam deixando de se responsabilizar pelos usuários. Esse é um desafio: atuar na relação garantindo o vínculo e escuta qualificada e se desvencilhar da premência do procedimento, organizando um processo de trabalho centrado no usuário (MERHY, 2007).

Assim, os encontros dentro dos serviços de saúde irão depender das conexões entre os diversos processos de trabalho.

Aquele ano de 2008, a USF em que eu atuava, recebeu investimentos para melhoria dos processos de trabalho, através de intervenções realizadas pelo apoiador institucional nas reuniões gerais, que ocorria mensalmente. Porém, havia ainda muita insatisfação da comunidade e entre os profissionais. As relações entre trabalhadores e a comunidade normalmente eram tensas, e as agendas precisariam de dias com 36 horas para que pudesse comportar tamanha demanda. Eu havia recebido naquele ano, uma dupla de estagiárias de psicologia, e ao sentar para pensar as nossas ações para a saúde mental, eu propus uma atividade para além do que estava programado. Lembro-me como se fosse hoje o entusiasmo e a forma que elas se sentiram afetadas. Já havia um tempo- desde o ano anterior- que aquela situação me incomodava e tentava trazer como problematização nas reuniões gerais e das 04 equipes da US, mas que não conseguia ecoar. Estava relacionada a percepção de que as ações em saúde mental não aconteciam na USF por falta de interesse dos trabalhadores em desenvolver qualquer ação com pessoas que se supunha ter algum transtorno mental. A maioria dos casos clínicos com transtorno

mental era bem vindo para discussão, com algumas poucas exceções. As oficinas que propus para os usuários eram motivo as vezes de olhares desconfiados. Paciente que chorava, era encaminhado para minha sala.

Porém, após algumas dessas reuniões, em que o apoiador institucional participou ficou claro que a maior parte dos trabalhadores não sabia nada sobre o SUS e suas propostas. Faço um adendo que essa USF tinha sido inaugurada há apenas 02 anos e que os profissionais eram recém chegados do concurso. Após uma conversa com as minhas estagiárias de psicologia sobre essa questão, chegamos a conclusão de que se não sabiam sobre SUS e nem sobre o programa da ESF, menos ainda sabiam sobre a historicidade da Saúde Mental e sua inserção na Atenção Básica. Montamos uma programação com algumas ideias, envolvemos a assistente social e diretora da USF, e a supervisora das estagiárias da UFES, e montamos uma grade de Oficinas para os trabalhadores. Onde, através da interatividade com outros professores da UFES, que aceitaram participar, realizamos as oficinas onde todo processo do SUS até a Reforma Psiquiátrica foram discutidos. Eram oficinas interativas em que trouxemos o cotidiano para as discussões. Durante essas oficinas, surgiu a possibilidade de sermos acompanhados após o término da programação, por um professor da UFES e a psicóloga, que compunha o Apoio Matricial (na época era uma equipe específica para o apoio matricial. No ano seguinte os CAPS assumiram os apoios matriciais no município). E assim foi feito. Durante aquele término de ano, tínhamos espaço garantido de discussão de processo de trabalho no coletivo, incluindo a diretora do serviço.

Após esses encontros, os trabalhadores da US passaram a ter um olhar um pouco mais sensível para o usuário, mas também entre os próprios profissionais. Não podemos ser ingênuos de que tudo se tornou um conto de fadas, mas abriu a possibilidade de espaços de trocas, potencializou as reuniões de equipe e um olhar diferenciado para a necessidade de acolhimento. Entre diversas tensões que operavam, havia alguma possibilidade.

Acreditando nessas relações, a proposta de formar grupos e rodas de conversa com os trabalhadores da unidade se efetivaram e surgiu como contribuição, pactuações de novas formas de acolhimento e atendimento a estes casos. Uma delas foi inserir os usuários do grupo de saúde mental, nas ações que eram realizadas para

hipertensão e diabetes. Por incrível que possa parecer, as pessoas com transtorno mental nem sempre são inseridas nas ações de saúde nas US. Pois, a lógica é de fragmentação sobrecarregando ainda mais as agendas. O diagnóstico vem antes da pessoa.

Quando a lógica do trabalho é orientada pelo uso de tecnologias relacionais, um reordenamento nos serviços de saúde se torna possível, pois a ênfase ao encontro de duas pessoas, trabalhador e usuário, abre o espaço para que o procedimento instrumental ceda lugar ao acolhimento e à construção de vínculo (FRANCO; MERHY, 2005).

A reflexão que Monceau (2010) nos traz é a de que se queremos transformar uma instituição, temos que fazer de dentro dela. A partir do cotidiano, das relações e dos dispositivos nelas inseridos, podemos analisá-la. E será através de nossa implicação que será possível conhecer/intervir, ou seja, o que nos liga a ela.

E aí está o cerne de um grande novo desafio: produzir auto-interrogação de si mesmo no agir produtor do cuidado; colocar-se ético-politicamente em discussão, no plano individual e coletivo, do trabalho. E isto não é nada óbvio ou transparente. Não me parece que para gerar “auto-análise e autogestão dos coletivos”, o “trabalho com eixo na integralidade” tenha força em si [...] se não conseguirem atingir a alma do operar ético-político do trabalhador e dos coletivos na construção do cuidado, que é o modo como estes dispõem do seu trabalho vivo em ato, enquanto força produtiva do agir em saúde” (MERHY, 2005).

As políticas na área da Saúde vêm sendo construídas e implantadas há um bom tempo. Temos alguns avanços e outros nem tantos. E não será pelos diversos dispositivos implantados que se mede a implicação ou apropriação de um profissional da Saúde.

Cecilio (2007) faz uma reflexão sobre o profissional da Saúde não poder ser tomado como um “trabalhador moral”, “desistorizado, desterritorializado e pronto a orientar, de forma automática, sua prática pelas diretrizes definidas pelos dirigentes das organizações” (p. 346).

Enquanto agentes operadores do cuidado, penso que se ainda vemos posturas hegemônicas e medicalizantes, devemos pensar em outros modos de qualificar o cuidado, ampliando a escuta e atenção. Para isso, pensar o encontro com o usuário

como sendo o principal momento deste cuidado, sempre foi um objetivo em minha história profissional. Mas isso não é fácil.

Em alguns momentos precisei recuar e repensar minha prática. Ávida por transformação daquilo que estava posto, e por perceber como a vida é dinâmica e o sistema nem sempre acompanhava, eu reproduzi e fui capturada.

Ao pensar o cotidiano do trabalho em Saúde, o dia a dia, na intimidade dos encontros, nem sempre os sistemas irão corresponder ao que é esperado. Os profissionais, então, passam a criar “linhas de fuga”. São eles que estão no ato com o usuário e têm liberdade de agir. Acontece que essas “linhas de fuga” podem ter diferentes sentidos, podendo levar tanto a movimentos de cuidado-quando o trabalhador percebe que está sendo “encaixados” nos protocolos, fluxos ou das normas que dificultam às ações necessárias para atender as necessidades dos usuários. Ou pode ocorrer o inverso, o trabalhador usa as “linhas de fuga” para produzir um agir automatizado, de queixa-conduta, quando deveria agir com abertura para a singularidade dos casos e uma orientação à integralidade (MERHY e FRANCO, 2007).

Durante esse tempo de experiência, seja no CAPS e Unidade de Saúde, e mais recentemente participando de reuniões enquanto referência técnica da saúde mental, identifico no cotidiano dos serviços da saúde, que a maioria dos profissionais se preocupam em acolher as necessidades do usuário, mas ainda é difícil fazer com que seu atendimento consiga ser articulado aos outros atos em saúde. Desta forma, quando falamos de acompanhar pessoas em risco de suicídio, isso se torna ainda mais complexo.

Para os profissionais, se disporem a acolher alguém que pensa em tirar sua própria vida, terá também que se disponibilizar a pensar em qual lógica de cuidado vem operando. Além, de pensar o modelo de funcionamento do serviço e rede em que está inserido. O cuidado relacionado ao suicídio, demanda tempo de escuta qualificada, que normalmente vai além do que chegou como motivo da consulta, principalmente na Atenção Básica, tempo para encaminhamentos e acionamento da rede de proteção, ou seja, faz o devido acolhimento, ou se encaixa, e encaixa o usuário na normatividade da agenda e do modelo pactuado. A impressão que tenho

é de que quanto mais se tenta encaixar usuários e profissionais dentro dessa tecnologia dura, mais difícil acolher o que está fora do programado.

Penso nisso quando leio em Merhy (1997) sobre o trabalho em Saúde não ser algo que se constitui e depois pensamos na produção, pois é um movimento concomitante, produção e consumo ocorrendo ao mesmo tempo. A produção do cuidado é realizado no ato, o usuário usufrui das práticas e no mesmo momento em que estão sendo produzidas pelo profissional.

Desta forma, penso o quanto as ações do cotidiano estão impregnadas de poder e o que pode sustentar tantos processos que se cruzam, ainda é o desejo micropolítico.

Durante os primeiros meses daquele ano, 2007/2008, na USF, onde eu atuava, iniciou a equipe de apoio matricial. Sentávamos apenas eu, a assistente social da USF e a psiquiatra e psicóloga, que eram matriciadoras para nos reunir. Naquele momento equipes de apoio matricial haviam sido contratadas e, essa modalidade aconteceu durante um ano. Posteriormente os CAPS do município assumem o apoio matricial nas US.

Foram meses pensando em estratégias para uma aproximação e sensibilização das quatro equipes da US. Mas, com apoio da diretora da US, sustentamos esse espaço na agenda e “territorialmente” numa das salas. Fizemos levantamento dos casos que já compareciam, incluindo ideações e tentativas de suicídio, e junto a farmácia da US, eu havia realizado um levantamento e cadastro de quem fazia uso de psicotrópico (esse levantamento era diretriz da política de saúde mental do município). Para o meu desespero, chegamos a 680 pessoas naquela época. Era uma forma de conhecer o território e as pessoas que eram acompanhadas naquele.

Juntos a minha dupla de estagiários naqueles anos fizemos dois movimentos. O primeiro foi colocar as pessoas cadastro acima em planilhas separadas por equipe da família. Desta forma, eu poderia conhecer o caso e fazer a gestão do acompanhamento durante a reunião específica daquela equipe. Um outro movimento foi fazer um levantamento de todos os recursos da comunidade, a nossa rede social local. Desde os equipamentos públicos municipais, associações e ONGs, Templos e Igrejas, etc. Alguns agentes de saúde aceitaram participar, todos tinham sido convidados. Assim, nos fizemos conhecer na própria US e na comunidade,

desmistificando o imaginário de que a psicologia deveria ficar presa no seu próprio gueto, fazendo psicoterapia.

Nas primeiras reuniões de equipe em que participei na USF que atuava e tínhamos casos relacionados ao suicídio, fui tomada pelo sentimento de angústia, ansiedade, passando pelo incômodo de não entender as atitudes de alguns profissionais. Eram quatro equipes de ESF, eu como psicóloga e uma assistente social, e nos organizávamos para participar de todas as reuniões das equipes. Não abríamos mão desses momentos de contínua construção e desconstrução, e continuávamos, junto ao apoio matricial sustentando o espaço. Aos poucos, a psiquiatra que compunha o apoio matricial, passou a fazer algumas consultas compartilhadas com os médicos e comigo. Passamos a deixar os horários da reunião de apoio matricial disponíveis para cada equipe e após um bom tempo, as equipes se aproximaram.

Através de algumas discussões de casos, onde era possibilitada a palavra de cada um, inclusive a minha com meus incômodos e dificuldades, pensamos em construir, em conjunto, uma cartilha sobre o tema suicídio onde constavam as diversas informações que naquele momento dispúnhamos. Abrir espaços de discussão e das relações promoveu a fala e possibilitou as nossas implicações. Respeitando os saberes e suas especificidades, o que formamos durante um tempo foram equipes de profissionais da Saúde. Em muitos momentos, não éramos psicólogos, médicos, agentes de saúde, enfermeiros e diretor de US.

Também, nos possibilitou perceber que temos nossas especificidades e saberes, mas ao dividir e compartilhar o caso com o outro, eu abria possibilidades de também de ser cuidada nas minhas dificuldades.

Com passar do tempo e mais conhecedora do território, e as equipes mais envolvidas, em alguns momentos eu fui para dentro do consultório, respeitando algumas questões do contexto em que eu estava inserida e as singularidades dos usuários. As questões do suicídio era uma delas. A articulação e suporte eram feitas pelos CAPS, porém, alguns casos, sempre avaliados em conjunto, percebíamos a necessidade de o usuário ser acompanhado no próprio território. A adequação e flexibilidade da agenda eram fundamentais, pois, às vezes, realizava atendimento diário as pessoas, e em outros momentos compartilhado com outros profissionais,

pois também atendíamos as famílias. Ouvi, por diversas vezes que o “ideal” era internar no hospital psiquiátrico (naquela época não havia CAPS III/24 horas no município). Mas enquanto a avaliação de quem estava implicado no caso sustentava os atendimentos, eles eram realizados no território, e não eram todos da US e nem do CAPS os implicados. Lembro-me de um dos usuários ter um vínculo com o agente de segurança patrimonial, que era nosso ponto chave na rede de proteção na prevenção de novas tentativas. A partir desse caso, os agentes passaram a compor as reuniões da US, assim como as auxiliares de limpeza. Não era por falta de convite, pois a experiência em CAPS já havia mostrado os bons encontros que acontecem quando todos são implicados no equipamento de saúde.

Em algum momento teremos, enquanto profissionais de Saúde, que indicar a internação do usuário, como qualquer agravo em saúde. Diferentemente de ter essa como a primeira e única solução de cuidado.

E, nesse encontro, especificamente com as pessoas em risco de suicídio, que ele possa também ser realizado de forma multidisciplinar, intersetorial, pela sua complexidade, além de gestão compartilhada.

Merhy (2004) defende que o modelo técnico-assistencial deve considerar em sua formulação processos organizacionais que possibilitem novas articulações da dimensão cuidadora de diferentes profissionais, devendo ser realizada coletivamente, entre trabalhadores de Saúde e usuários/cidadãos. E que no caso do comportamento suicida, devemos envolver a família.

[...] um espaço semelhante e equivalente de trabalho na equipe, que explore a cooperação entre os diferentes saberes e o compartilhamento decisório. [...] possibilitando ampliar os espaços de ação em comum e mesmo a cooperação entre os profissionais, levando a um enriquecimento do conjunto das intervenções em saúde, tornando-as mais públicas e comprometidas com os interesses dos usuários acima de tudo e mais transparentes para processos de avaliações coletivas. (MERHY, 2004, p.123)

O profissional da Saúde deve valorizar afalado usuário e de sua família em relação ao desejo de morte, perceber o sujeito como um todo, dentro de sua singularidade, e de que em equipe de atendimento a possibilidade em oferecer um acompanhamento mais contínuo é real.

Trago rabiscos de uma das anotações de reunião que participei durante a discussão da Linha de Cuidado e Atenção ao Suicídio que participei em um CAPS do município onde atuo. Como em vários outros serviços, durante a discussão isso era frequente. A impotência do trabalhador representada pela fala e dúvidas em relação ao que seria possível fazer diante um caso de suicídio. E normalmente a solução encontrada pelos profissionais nessa situação é direcionada a medicação. Quero deixar claro que em alguns casos a orientação será essa. Mas aqui, explicitamente é a lógica do pensamento e postura na maioria dos serviços de saúde, escolas, comunidade, etc.

Ao ajudar organizar nesses últimos quatro anos, os seminários que o GTPSES vem promovendo, um dos assuntos que mais é solicitado para entrar na programação é o manejo clínico dos casos.

Por um lado, poder contar com todos os saberes em alguns casos sempre será bem vindo, por experiência posso dizer. Pois, ter a ideia de que sozinho irá salvar vidas, provavelmente o sentimento de impotência levará o profissional a um sofrimento e poderá adoecer junto com a pessoa. Ao mesmo tempo, se o profissional acreditar que essa é uma demanda perdida e que não tem mais o que fazer, e se isenta de investimento no cuidado é provável que a única solução seja a medicação. Já passei por todas essas fases.

Pensando inclusive na importância dos diversos saberes que devem atuar no cuidado as questões do suicídio, sentindo-se apoiados mutuamente e, sobretudo, orientados por uma ética clínica, o trabalho em equipe nem sempre tem acontecido.

Essas questões acima, nos convida a pensar em outros modos, em novas práticas de produzir cuidado. Olhar para os processos não-hegemônicos e nos implicar enquanto agentes ético-políticos.

O trabalho em Saúde é (micro)político, lida com relações de poder, responsabilização coletiva e protagonismo dos trabalhadores.

E estou sempre me perguntando e me incluo, o quanto estamos dispostos a diferir-se em nossas práticas? Em qual lógica estamos operando? Que clínica queremos?

O quanto estamos dispostos a fazer uma análise de nossas implicações ético-políticas e problematizar nossas práticas atuais?

Como diz Merhy (2004), pensar esse tipo de processo é entender que a implicação é estruturante, pois coloca análise assim mesmo em ação e intenção. Ou seja, o processo é obrigatoriamente autoanalítico, dependerá do desejo e sempre em construção na relação sujeito e objeto. O material de análise será o incômodo mobilizado na mútua relação: sujeito e objeto em produção. Sempre se renovando, como instituído e instituinte ¹⁷. (MERHY, 2004)

As políticas de saúde no Brasil, apoiam outras formas de pensar o cuidado em saúde. Algumas ferramentas têm sido pensadas que promovem a saúde - pensando no conceito de saúde ampliado- para além do instituído enquanto ambiente institucional como tradicionalmente tínhamos. Hoje temos alguns exemplos, como as visitas domiciliares, os recursos da comunidade e até a cidade. A partir da política de saúde mental esse território de cuidado foi ampliado. Então, são modos diferentes que podem ser desenvolvidos nas nossas práticas cotidianas de saúde, pensando também as pessoas que tem alguma questão relacionada ao suicídio Feuwerker (2014).

Em diversas ocasiões, aprendizagem vinda desde meus estágios, inverti o movimento indo ao encontro dos usuários, em seus lugares de convivência, buscando promover a sustentabilidade do vínculo, incluindo articulação com a rede intersetorial como assistência social, educação, cultura e segurança pública.

Há um tempo as políticas de saúde nos trazem sobre o trabalho ser realizado no território. Isso nos aproxima da realidade do usuário e fortalece os vínculos para pensar as necessidades reais. Permite a obtenção de conhecimentos acerca das suas relações e estilos de vida, nos dando subsídios para a intervenção que respeite a singularidade e a adequabilidade do atendimento.

¹⁷ “O instituinte é um processo produtivo-desejante, de característica dinâmica enquanto o instituído é o resultado desse processo e que tem característica estática e estável. O instituído é o existente e o instituinte é o crítico do existente. Para o bem e para o mal” (FEUERWERKER, 2014, pag. 20).

Esse encontro no território, fora dos serviços, pode ser construído inclusive em conjunto, respeitando a gravidade e as especificidades de cada caso. Mas, são experiências que visam tornar acessíveis recursos que possam construir novas alternativas, favorecer mudanças, possibilitando a implicação do sujeito no seu cuidado e a nossa enquanto profissional da Saúde.

A flexibilização e humanização no tratamento permite, antes de qualquer coisa, acolher o sujeito, o que revela uma ética clínica.

São práticas inovadoras que não comparecem com frequência nas formações de profissionais da Saúde. Algumas categorias tem uma maior possibilidade de conhecer essas novas práticas. Porém, ainda não é uma realidade em termos de Brasil.

Ao chegar à USF para trabalhar, enfrentei muita resistência de trabalhadores e da própria comunidade para implantar um grupo de oficina em saúde mental ou qualquer outro grupo que propunha. O modelo esperado era de psicoterapia individual dentro do consultório, nos moldes tradicionais.

No entanto, até eu habitar aquele território, eu precisei me desterritorializar. Um movimento que é necessário se quisermos produzir saúde. E sempre será, pois é um movimento que não acaba. Principalmente quando trabalhamos em equipe multidisciplinar, podendo ver o sujeito em sua integralidade a partir de nossa implicação pensando os diversos saberes e agenciamentos que compõe essa equipe.

Na micropolítica do trabalho vivo, um dos conceitos utilizados por Merhy é o conceito de desejo a partir de uma leitura de Deleuze e Guattari. Merhy e Franco (2005, p 05) num texto onde eles chamam a atenção sobre a necessidade de se pensar a subjetividade do trabalhador da Saúde, eles dizem que ‘ A força motriz de construção da sociedade é o desejo, que se forma em nível inconsciente, é constitutivo das subjetividades, que no plano social torna os sujeitos os protagonistas por excelência de processos de mudança. Estes mesmos sujeitos operam na construção e desconstrução de mundos, os territórios existenciais se modificam neste processo.’ E completam, “O desejo é da ordem da produção e

qualquer produção é ao mesmo tempo desejante e social” (MERHY e FRANCO, 2005).

Desejo esse, que será sempre construído e desconstruído, e que agencia a formação de mundos. Em se tratando de territórios existenciais¹⁸, as mudanças estruturais no modo de significar e interagir com o mundo da vida só será possível pela desterritorialização. Ocasão em que certos acontecimentos agenciam mudanças na subjetividade. E isto se produzirá por força do desejo, isto é, ‘ele é a força motriz de produção da sociedade, de novos modos de atuar no mundo, e de produção de novos sujeitos’ (MERHY, FRANCO, 2005, p. 6).

Na produção do cuidado, a presença de uma equipe multidisciplinar para cuidar das questões do suicídio, procura assegurar a integralidade da assistência quando atua numa perspectiva interdisciplinar com o indivíduo.

Cheguei a acompanhar sete pessoas com ideação suicida e/ou tentativas de suicídio e seus familiares, durante o período que antecede o Natal de 2009 na USF em que atuava.

Naqueles anos em que fiquei na US, não tinha conhecimento das orientações da OMS e nem da existência dos manuais produzidos para os profissionais. No entanto, já havia atendido outros casos de risco de suicídio nos anos anteriores, e em outros momentos da minha vida profissional. No ano anterior, como citei anteriormente, durante umas das reuniões de apoio matricial, já havíamos construído uma cartilha sobre cuidados as pessoas em risco de suicídio para os profissionais das equipes. Naquele momento da construção, era ainda uma equipe específica para o apoio matricial, e que em algumas situações solicitava a presença dos técnicos de referência dos CAPS. Pouco tempo depois essa equipe é desfeita e o matriciamento passa a ser de responsabilidade dos técnicos do CAPS.

A minha experiência nos anos anteriores na Travessia e no CAPS ad com tentativas de suicídio, me proporcionou possibilidade técnica sobre o assunto, assim como a

¹⁸ Aqui Merhy e Franco (2005) citam a concepção de Rolnik entendendo os “territórios existenciais”, isto é, o que tem dentro de cada um, e define sua forma de significar e interagir com o mundo.

construção da cartilha me trouxe tecnologia leve-dura, porém o acolhimento e a sustentação para acompanhamento das sete pessoas, vieram de poucos colegas e do diretor da USF.

Isso me faz pensar o quanto a construção de diretrizes e protocolos não garante o cuidado, como venho discorrendo.

Na mudança do apoio matricial para os CAPS, tivemos que fazer novos movimentos na US. Por princípio, a estratégia de o apoio matricial ser realizada por quem também operava as ações dentro dos CAPS, precisou de um tempo para reorganizar os processos de trabalho em toda rede. Optamos por deixar e sustentarmos espaço específico de reunião de apoio matricial, evitando assim perdas nos acompanhamentos. A vida no território continuava, e muito intensa, enquanto os processos organizativos de trabalho iam acontecendo.

Porém, apesar do matriciamento ser baseado na corresponsabilização e compartilhamento entre equipes, várias mudanças aconteceram, tanto do modelo de atenção, quanto a rotatividade de profissionais na US e nas referências dos CAPS.

Por mais que a relação entre as equipes se apoiava nas diretrizes, e que naquele momento tivéssemos espaços coletivos de discussão e problematização de processos de trabalho, algumas mudanças não nos permitiu uma efetiva participação enquanto profissionais de Saúde e nem aos usuários.

Naquele momento, houve uma despotencialização e não conseguimos (me incluo) ser protagonistas.

Tínhamos conseguindo na US durante dois anos, a partir dos diversos movimentos que descrevi, sustentar um projeto ético-político com as equipes.

Ao fazer essa avaliação durante a pesquisa, percebo que o trabalho na clínica terapêutica geral e no CAPS ad em que atuei, o trabalho da equipe se sustentou enquanto havia um projeto não hegemônico, não manicomial em que tínhamos elementos e desejo de produzir novas formas de cuidar.

Todavia, também aprendi e recorro a Feuerwerker (2014 p. 56), pois ela descreve exatamente o meu sentimento:

Essa variabilidade nos interroga sobre a ideia confortável de que somos sempre os mesmos - individual ou coletivamente, atuando sempre do mesmo modo, coerentes e fieis aos nossos princípios. Nós e os outros. Binariamente divididos em torno de várias questões. No entanto, não há essa identidade individual fixa. Ela está sempre em produção e é dependente dos encontros e afecções, partindo de um território e abrindo-se para outros possíveis. Às vezes inovadores, inventivos, produzindo vida. Outras vezes, repetidores, instituídos, molares, produzindo morte.

E continua trazendo a reflexão de que não somos nem vítimas e nem “determinados” das situações, ‘apesar de reprodutores do instituído em determinadas situações.

Não podemos deixar de sempre atentar para que naturalmente o processo produtivo da saúde é contraditório, e o trabalho vivo pode ser capturado pela lógica instrumental de produção do cuidado, o trabalho morto.

Em uma pesquisa com trabalhadores de Saúde Mental, familiares e usuários, para conhecer as ações dos profissionais do CAPS com usuários em risco de suicídio e tentativas, Heck et al. (2012) apontaram como resultado, o acolhimento sendo a intervenção mais importante, na opinião dos grupos entrevistados. Pois, era o espaço, que fornecia coletivamente, questionamentos e interações entre usuários e familiares. E em relação aos profissionais, ele observou como resultado positivo, a formação de uma rede interdisciplinar para lidar com as situações de crise (HECK *et al.*, 2012).

Pensando na micropolítica do trabalho vivo, quando o trabalhador tem liberdade para relacionar-se com o usuário, família e outros trabalhadores, ele passa a ser protagonista e insere o usuário como protagonista na produção do cuidado de sua própria saúde.

Em um outro estudo com o objetivo de levantar as percepções dos profissionais de diversos serviços de saúde em relação ao comportamento suicida, Azevedo (2012) observou que na atenção primária os profissionais entendem esse usuário como de sua responsabilidade. No entanto, na atenção secundária e terciária ficou evidenciado uma incompreensão frente às pessoas que tentam o suicídio. A diferença seria na compreensão do sofrimento humano, e num contato mais cotidiano, pois a atenção básica vem realizando mudanças na prática do cuidado, entendendo o sujeito na sua integralidade e de forma territorial.

Apesar de não ter experiência profissional em serviços de urgência e emergência, trabalhei na Travessia, que funcionava durante 24 horas por dia, e acompanhei como atuante da área técnica de saúde mental, num curto tempo, um grupo de profissionais de um PA do município onde trabalho numa tentativa de instituir um Comitê Gestor para planejar e efetuar a assistência na rede de saúde, a partir do local de trabalho e suas especificidades. Essa ideia surge como um comitê de violência, incluindo principalmente as tentativas de suicídio, para pensar o que fazer diante a demanda. A iniciativa partiu dos profissionais por entender a necessidade de maior participação do cuidado na rede de saúde.

Nem todas as ideações e tentativas de suicídio chegam à rede básica de saúde ou aos CAPS, estima-se que para cada desfecho fatal existem mais pessoas que dão entrada em emergência por tentativa de suicídio, o que chama atenção para a importância do bom acolhimento e encaminhamento adequados para a rede de atenção. Descrevi essa questão anteriormente na organização dos serviços.

Por diversas vezes, em reuniões ou seminários, ouvi profissionais da saúde relatarem sobre a dificuldade de fazer a prevenção do suicídio na atenção secundária (UPA, Pronto atendimentos, dentre outros), onde normalmente os casos são de “urgência” e demandam atitudes clínicas e imediatas para salvaguardar a vida da pessoa. Entretanto, para além das lesões e suturas a serem realizadas e que realmente necessitam de procedimentos de tecnologia dura e leve-dura, há que se fazer a escuta. Uma escuta que não necessariamente, será realizada nos moldes do imaginário de uma psicoterapia ou outro atendimento específico de um profissional da saúde mental, mas com uma postura diante de um sujeito que chega pela saúde através desses serviços de urgência. É através dessa escuta que a possibilidade de criar os projetos de intervenção e encaminhamentos na rede se torna mais potente.

Trazendo para a análise, os processos de trabalho trazem em si a singularidade dos territórios existenciais. O fato de o território existencial habitar o sujeito, significa que onde ele estiver, seja, na atenção básica, no hospital, atenção especializada, domicílio, etc. produzir-se-á o tipo de cuidado de acordo com seu universo ético-político (MERHY e FRANCO, 2005).

Ao conseguir identificar os aspectos que nos despontencializou, a equipe da USF pode problematizar seu próprio trabalho e propor mudanças. Conseguiu resgatar sua força depois de um tempo.

Com insistência, muito desejo, problematizações e apoio do diretor, o grupo de oficina da saúde mental aconteceu. Depois resistiu e persistiu.

Porém, no ano seguinte, não havia material para a realização das oficinas de saúde mental, e nem espaço para realizá-las. Normalmente usávamos o auditório da US. Era um momento grave de Dengue em que os recursos estavam voltados para essa situação.

Eu havia me “especializado” em oficinas, quando estive em um CAPS ad e num dispositivo da Secretaria de Assistência Social, nos anos anteriores. Mas com os devidos materiais plásticos.

Porém, aquelas pessoas tinham se apropriado daquele coletivo, o grupo de oficina era vivo, formado por vidas que pulsavam e desejavam produzir. Transformamos a crise em cuidado a partir da ideia de um usuário. Sair pelo território em busca de material para as oficinas. E assim, vimos e fomos vistos. Apesar de toda minha experiência em comunidade, das diversas visitas domiciliares e reuniões de rede em outros equipamentos (escolas, CRAS) em que andava pelo território, o usuário exerceu seu protagonismo. Entre ruas, terrenos e esquinas brotavam os produtos. Desde pedras, galhos, flores e gentes. Aos poucos foram chegando os materiais para serem reciclados, pois nos unimos as ações contra dengue. Caixas, garrafas pets, copos descartáveis, foram transformados em vasos, plantas e brinquedos numa grande ação na US.

Em relação a lugar para realizar as oficinas, buscamos parceria com o CRAS, o Centro Comunitário, o parque próximo e por fim uma Escola de Arte.

Naquele ano, recebemos no grupo, diversas pessoas da comunidade que fizeram parte daquele coletivo como colaboradores. Cada um, na medida da afetação e dos encontros pelas ruas com os “doidinhos”, oferecia o que mais tinha de precioso naquele momento, porque era o que poderiam oferecer: seu talento, seu afeto e um

olhar de um cidadão para outro cidadão. Tivemos, desde pintura em tecido, pintura em tela, bordado de fuxico, caixas a partir de caixas de leite etc.

São diversas outras experiências no território, mas essas são algumas que me afetaram e me transformaram.

A partir daí os territórios cresceram. No ano seguinte, não apenas em extensão, mas o território das existências, das subjetividades, de novas possibilidades. Passamos a programar passeios em lugares nunca visitados. O grupo se firmou, cresceu e ganhou autonomia. Os encontros agora eram realizados também nas casas dos usuários. De forma alternada, eles abriam as portas de seus territórios.

Ao saber desse movimento, o grupo de mulheres que havia se formado, a partir dos grupos de acolhimento, que eu e a assistente social realizávamos com as novas demandas na US, teve a ideia de passar a ser reunir em suas casas de forma alternada. Num primeiro momento houve resistência de algumas pessoas do próprio grupo e do entendimento de alguns profissionais da US. Afinal, não ficávamos atendendo dentro dos consultórios, fechados em nossos guetos e “verdades”. Foi a partir do adoecimento de uma delas, que na impossibilidade ir a US, conseguimos quebrar o paradigma de que saúde é ausência de doença ou que deva ser realizada apenas no ambiente de um serviço de saúde.

Um registro, e que também é uma lembrança cheia de afeto, é que em todos os anos que atuei na USF eu tive estagiários de psicologia ao meu lado. Assim como, tive espaços potentes na minha graduação desse aprendizado em estágios, me abri para essas trocas que foram fundamentais. Mesmo nas férias da faculdade, nenhum deles deixava de participar e comparecer a US. E eu entrava de férias, em qualquer época do ano, com a certeza de que o trabalho continuaria.

Paralelo a esse movimento, procurei por parcerias para pensar um estágio de Terapia Ocupacional (TO) na US, movida pelo crescimento do grupo, por entender que teríamos mais possibilidades após atender uma estudante de TO que me possibilitou entender mais sobre a profissão.

Após um ano de negociação, já que não havia estágio de TO preconizado em US no município, eu e um professor de uma universidade, junto a coordenação do

programa instituição- ensino do município, conseguimos a autorização. O grupo foi implantado, porém logo depois mudei de local de trabalho.

Numa pesquisa realizada com profissionais de um NAPS (Núcleos de Atenção Psicossocial) de Santos/SP sobre as percepções e ações de prevenção ao comportamento suicida realizada pelos profissionais, Cescon (2015) abre espaço para que as entrevistadas trouxessem propostas de ações que pudessem qualificar a atenção ao suicídio, que resulta na questão da organização do serviço, falta de uma rede fortalecida que funcione, e de como isto vai produzindo um certo endurecimento dos profissionais. Como proposta dos trabalhadores, ela ouviu sobre a importância de discutir casos, de parar para analisar qual melhor oferta de atendimento, de compreender melhor o tema. E chega a conclusão de o pedido que fica é o de Educação Permanente.

Porém, na análise de Cescon (2015), ela diz “Na minha opinião, é a importância dos encontros e dos afetos. É de ter tempo para olhar para o outro e para a sua própria prática. É poder construir com o outro novas formas de ampliar as potências. É bom destacar que o espaço para discussão é um dos pontos-chaves não apenas para a questão da atenção ao suicídio, mas para qualquer trabalho em Saúde.” Mas também traz como resultado, o interesse dos profissionais em discutir a questão do suicídio, em criar instrumentos que possam auxiliar a atenção a esses casos (como protocolos), disponibilizam-se para estudar mais e até para criar grupos de acolhimento aos usuários e familiares. Portanto, mostram que mobilizam-se pelo problema.

Cataldo Neto *et al.* (2003) numa pesquisa avaliou que as reuniões de equipe, foram mencionadas pelos participantes do estudo, como um espaço potente para a discussão de casos, e para que cada profissional relate suas impressões sobre a evolução do tratamento. Ele também identificou relatos de que casos de suicídio são mais raros em unidades psiquiátricas nas quais os membros da equipe trabalham de forma integrada.

A criação de espaços coletivos nas US é o que indica Rollo (2007), onde pudesse ser garantida a discussão de diretrizes, a escuta aos profissionais e suas problematizações, a fim de possibilitar a abordagem e cuidado da pessoa como

sujeito em seu processo saúde-doença. Ele afirma e eu concordo, e digo que urge, que os profissionais abordem os usuários como sujeitos, apostando na humanização, na responsabilização das equipes multiprofissionais no cuidado, e na não fragmentação das ações.

Por vezes, os profissionais capturados pelo excesso de demanda, principalmente burocráticas, com procedimentos e diagnósticos, e deixam de se responsabilizar pelos usuários, fragmentando o processo de acolhimento e a escuta, que interfere no olhar do usuário como ser integral, não engendrando ações de saúde que favoreçam sua recuperação e autonomia diante da vida.

Há alguns meses foi-me permitido voltar para ponta (sem dela nunca ter saído). Pois, mesmo os anos em que fiquei na área técnica de saúde mental, as minhas experiências profissionais me oportunizaram problematizar o planejamento das ações, a minha implicação enquanto agente operador de cuidado (independente do lugar que eu esteja, diretamente com o usuário ou administrativamente no planejamento, o meu foco sempre será a necessidade do usuário), e poder discutir as análises de implicação com os próprios profissionais quando participava de reuniões de apoio com os serviços. Esse movimento das análises da implicação dos profissionais e minha própria, naquele momento levaram a pensarmos na necessidade de avaliar a Linha de Cuidado e Atenção ao suicídio que havia sido implantada, porém, ainda com muitos nós a serem desamarrados para fluir outros nós mais potentes que pudessem se formar a partir das trocas existentes. Uns mais densos e outros menos, mas algumas mudanças para acontecer práticas, tem que ser nutridas pela análise e reanálise feita sobre elas e sobre nós mesmos a todo momento.

Hoje estou em um serviço especializado de atendimento à vítimas de violência no mesmo município que as experiências acima, e em alguns casos o risco ou tentativas de suicídio são presentes. As articulações com a rede são realizadas da mesma forma como eu fazia quando atuava em US ou CAPS. O que fazemos é fomentar nas reuniões da equipe, que são espaços semanais garantidos, e com a participação da diretora, a discussão dos casos, incluindo os relacionados ao suicídio. Além, dos espaços informais que criamos desde a cozinha, ou nos

intervalos dos atendimentos para dialogar a respeito das nossas práticas e processos de trabalho.

Esses espaços, nos serviços de saúde pode beneficiar o profissional tanto no sentido de dirimir e dividir as dúvidas a respeito do manejo clínico, quanto nas definições de acompanhamento na rede, de forma coletiva. Penso que o sentimento de pertencimento possibilite a responsabilização e implicação.

O encontro entre o profissional e o usuário, segundo Cecílio (2011 p 591) deve ser regido por três elementos: o preparo técnico em si para dar resposta ao usuário, a partir das formações e experiências profissionais (as especialidades, os núcleos de saber); a postura ética, ou seja, o modo com o profissional se disponibiliza para tudo o que sabe e o que pode fazer, dentro de suas condições reais condições de trabalho; c) e não menos importante, a sua capacidade de construir vínculo com quem precisa de seus cuidados, ou seja, afetar e se deixar ser afetado).

A possibilidade de estabelecer vínculos através de uma escuta sensível e qualificada, em qualquer ponto da rede de saúde, amplia a produção do cuidado em saúde. E, em casos relacionados ao suicídio, assegurar esse vínculo além da capacidade técnica e postura humanizada, possibilita ao usuário o acesso e a busca pelos serviços, às vezes, dificultada pelo estigma.

O modelo de saúde que temos ainda hoje é orientado pela prática e procedimentos médicos. É baseado nos programas de saúde de forma verticalizada, nem sempre correspondem a realidade local, gerando mais demandas e não conseguindo dimensionar e nem efetivar o cuidado. A sensação que todo profissional da Saúde sente de apenas “apagar incêndio”. Nesse sentido, os outros saberes vão cada vez mais restringindo seu campo de atuação, perpetuando o imaginário e a demanda da população cada vez para uma lógica hegemônica e medicalizante.

Vimos que o espaço da saúde e da educação é cenário de disputas de diversos atores. Transcender e realizar mudanças tanto na formação dos profissionais da saúde e dos modelos tecnicoassistenciais exige reflexão dos vários atores envolvidos no processo. Temos na história da saúde momentos em que isso ocorreu. A partir das relações e espaços coletivos pensar novos arranjos, novas subjetivações em que a tecnologia leve e o usuário sejam o objetivo central.

O entendimento de que o trabalho em Saúde só se processa através de uma íntima relação trabalhador-usuário, e que, os profissionais de Saúde são operadores do cuidado, mas também sujeitos das práticas tanto quanto o usuário me faz refletir pela minha experiência, de que se faz necessário cuidados dirigidos ao usuário e também às equipes. Gerando assim, implicação e segurança para produzir o cuidado em saúde, incluindo os casos de suicídio.

E alguns momentos, quem constituirá esse espaço são os próprios trabalhadores a partir da desterritorialização, problematização e desejo, expressando o protagonismo. Ao se mobilizarem, podem criar espaços de encontro, com o objetivo de analisar seu processo de trabalho e o cuidado produzido.

Por último, para fechar essa reflexão sobre a produção do cuidado, me fez pensar o quanto que o estigma às questões relacionadas ao suicídio pode ser perpetuado pelo conjunto dos pilares: o saber hegemônico medicalizante e manicomial que as formações em saúde oferecem, a subjetividade/preconceito do profissional da saúde, e a organização do processo de trabalho fragilizada pelo modelo tecnoassistencial baseado em tecnologia dura.

E como os espaços coletivos aparecem como fundamental para a problematização de todos esses processos. A autoanálise é essencial para pensarmos o desejo e esse campo das relações, em que produz e somos produzidos, nas diversas situações.

O cuidado em saúde, incluindo as questões relacionadas ao suicídio, precisa levar em conta todas as reflexões acima. Desde a formação profissional, os modelos de saúde e processos no local de trabalho, e nossa implicação como profissionais de saúde.

Dessa forma, temos possibilidades de romper com o trabalho fragmentado em saúde, atuando concomitantemente sobre aspectos de prevenção e promoção em saúde, incluindo a atenção ao suicídio de forma integral.

No próximo tópico, abordo algumas considerações sobre a estratégia de prevenção e experiências de atenção ao suicídio, dentro da saúde.

3.3 A PREVENÇÃO DO SUICÍDIO: ESTRÁTEGIAS E POSSIBILIDADES

A prevenção é uma das ações possíveis na Saúde, logo, ela também faz parte da produção do cuidado. Por um momento, pensei em discutir esse assunto como um subitem do capítulo anterior à produção do cuidado, no entanto, é o tema mais abordado nas pesquisas que visitei, então, decidi separar em um capítulo. A partir de algumas leituras, percebi que não era esse o meu problema de pesquisa, e sim as capacitações dos profissionais de Saúde como estratégia na efetivação do cuidado.

Recorrendo a Merhy (2004), penso que não há pesquisa desinteressada. Estar implicado não é processo consciente, racional, e, em alguns momentos, o sujeito interroga a si mesmo e a todos os processos que o envolvem a partir de uma implicação, que ele chama 'militante', assim, senti-me uma pesquisadora implicada e implicante. Mas, em um desejo de levantar reflexões para mim e para o coletivo.

Uma primeira questão a refletir é de não estabelecer a prevenção do suicídio como uma ação isolada, como aparece em diversas pesquisas. É similar ao que estamos vendo nos meses de setembro dos últimos anos, em que as campanhas de prevenção são realizadas, e cada vez mais, as instituições públicas e privadas se mobilizam para seminários, capacitações, porém, nos outros meses do ano, é como se não tivéssemos riscos de suicídio. A atenção às questões relacionadas ao suicídio deveria ser incluída nas discussões cotidianas, de janeiro a janeiro. Segundo Botega:

É importante se pensar na prevenção do comportamento suicida, pois [...] Assim acredita-se que com a prevenção possa ser oferecido ao indivíduo possibilidades de enfrentar as dificuldades que levam ao comportamento suicida. Com a prevenção do comportamento suicida visam-se aspectos como promover a qualidade de vida, criar estratégias de comunicação e sensibilização relacionada a este fenômeno. (BOTEGA et al., 2006).

Após 11 anos da criação da ENPS, foi lançada a Agenda Estratégica de Prevenção do Suicídio¹⁹ pelo Ministério da Saúde, durante a campanha do Setembro Amarelo

19 Disponível em:<<http://bit.ly/2HvWyHq> >Acesso em: 25 jul. 2017.

de 2017²⁰. Nessa publicação, o MS (2017) reafirmou o compromisso do Brasil, que assinou o Plano de Ação em Saúde Mental/ 2015-2020 lançado pela OPAS, com objetivo de acompanhar o número anual de mortes e o desenvolvimento de programas de prevenção. A publicação traz como objetivo geral:

Ampliar e fortalecer as ações de promoção da saúde, vigilância, prevenção e atenção integral relacionada ao suicídio, com vistas à redução de tentativas e mortes por suicídio, considerando os determinantes sociais da saúde e as especificidades de populações e grupos sociais em situação de maior vulnerabilidade a esse fenômeno e os municípios e grupos de municípios com alta concentração de suicídio, no período de 2017 a 2020 (MS, 2017)

O intuito do Ministério da Saúde é reforçar as ações de prevenção a partir das seguintes propostas:

- [...] Lançamento da Agenda de Ações Estratégicas para a vigilância e prevenção do suicídio e promoção da saúde no Brasil 2017-2020;
- Ampliação do Acordo de Cooperação Técnica com o Centro de Valorização da Vida (CVV);
- Materiais direcionados aos profissionais de saúde, população e jornalistas;
- Discussão permanente de Grupo de Trabalho envolvendo as Secretarias de Vigilância, de Atenção à Saúde e de Saúde Indígena [...] (MS, 2017).

E até 2020, o MS (2017) se propôs a “ampliar e fortalecer as ações de promoção da saúde, vigilância, prevenção e atenção integral relacionado ao suicídio, para a redução de tentativas e mortes por meio da construção do Plano Nacional de Prevenção do Suicídio”. Sendo assim, a melhoria das notificações, a ampliação e qualificação da assistência e uma gestão do cuidado são essenciais para assegurar que as pessoas recebam os cuidados que eles precisam (OMS, 2014; MS, 2017).

A proposta é composta por três eixos: Eixo I - Vigilância e Qualificação da Informação; Eixo II - Prevenção do Suicídio e Promoção da Saúde; Eixo III - Gestão e Cuidado (MS, 2017).

²⁰ A Associação Internacional para a Prevenção do Suicídio (IASP) estimula a divulgação da causa em todo o mundo no dia 10 de setembro, que é a data na qual é comemorada como o Dia Internacional de Prevenção ao Suicídio. Disponível em: <<http://www.setembroamarelo.org.br/>>. Acesso em: 30. Jul. 2017.

É digno que, após 11 anos, o MS volte a publicar uma agenda para efetivar o Plano Nacional de Prevenção ao Suicídio. E apesar de algumas iniciativas do sistema de Saúde reforçarem a visão biomédica do fenômeno, e a hierarquização do cuidado, é irrefutável que o tema entrou para pauta da saúde e isso poderá trazer benefícios.

Assim, diante do processo histórico da saúde pública brasileira teremos que superar a fragmentação da saúde e a clássica oposição entre assistência e prevenção, entre indivíduo e coletividade, além de construir e propor novas formas de atenção que não reproduzam as práticas manicomiais e/ou controle social, se quisermos de fato efetivar a produção de cuidado as pessoas com questões relacionadas ao suicídio.

Os serviços de saúde vêm sendo organizados baseados no modelo hegemônico e no modelo campanhista/preventivista historicamente no Brasil, sendo assim um desafio constante para gestores e profissionais construir um sistema que seja baseado na integralidade, humanizado e não hierarquizado.

Tentar prevenir o suicídio pode parecer um discurso cada vez mais recorrente e massificante, podendo parecer uma reprodução do discurso dominante que a Saúde tem propagado ao longo do tempo em relação ao direito à vida (a qualquer preço), como trouxe em outros momentos da escrita.

Porém, há um número expressivo de pessoas que tentam o suicídio e sobrevivem no cotidiano dos atendimentos em Saúde. E ao ter a chance de ressignificar o fato, de ser escutado em seu desejo de morte, há possibilidades de se promover saúde e novas subjetivações.

Recorrentemente falamos em prevenção *do* suicídio (grifo meu). Segundo Meleiro, Fensterseifer & Werlang (2004), durante o exercício da profissão, quase metade dos psiquiatras e aproximadamente 20% dos psicólogos que estão acompanhando algum paciente, perdem-nos por suicídio, isto é, inevitavelmente alguns morrem. Os autores chamam atenção de que não há pretensão de controlar a vida das pessoas, mas sim de que a prevenção e o cuidado ao suicídio pode ser tão natural quanto todas as outras práticas de saúde.

Dessa forma, o discurso hegemônico totalitário de salvar vidas precisa ser transformado numa postura de buscar “a melhoria das condições da existência

humana e a diminuição dos estressores” (BOTEGA, 2015, p. 248) que levam aos fatores de risco culminando no suicídio.

A produção do cuidado pode ser considerada a alma dos serviços de saúde mesmo quando o objetivo é tomado como produção da saúde ou a prevenção à doença. Ao olhar para o processo de trabalho no campo da Saúde, devemos pensar na dimensão cuidadora a partir do meio que se utiliza para atingir esses objetivos, que invariavelmente, é o da produção do cuidado individual ou coletivo (MERHY, 2002).

A maioria das pesquisas apresenta ações de prevenção para o suicídio com o modelo de atenção hierarquizada e verticalizada em suas formas de ações preventivas em níveis primários, secundário e terciário. Porém, além de todas as questões que venho apresentando, temos as políticas de Saúde implantadas e consolidadas em grande parte do país, com um olhar diferenciado para o cuidado, num modo psicossocial, e é nisso que o Plano Nacional de Prevenção do Suicídio poderia apostar.

Assim, uma das propostas que vem se desenvolvendo são as ações específicas direcionadas a grupos, tomando como base o grau de risco ao suicídio (MRAZEK, HAGGERTY, 1994). Essas são pensadas em três dimensões, que juntamente com exemplos das práticas, podem ser pensadas no cotidiano dos serviços de saúde.

Dimensão Universal: ação de promoção da saúde para a população em geral. Por exemplo: o que está previsto de promoção de saúde pela política de atenção integral em um município?

Dimensão Seletiva: ação voltada para situações que envolvem vulnerabilidades, tal como: isolamento social, dor crônica, doença limitante, perdas afetivas, perdas no trabalho, entre outros. Por exemplo: busca ativa e visita domiciliar (VD), atenção às famílias, cuidado ao cuidador, não reduzir o atendimento em saúde mental à dispensação de medicamentos ou internações, entre outros.

Dimensão Específica: ação voltada para indivíduos ou grupos que apresentam sinais e/ou narrativas de ideação, plano e tentativas de suicídio. Por exemplo: a sensibilização das equipes de AB, CAPS e serviços de urgência e emergência para

identificação e acolhimento dos indivíduos em situação de risco, para os devidos encaminhamentos.

Em relação aos meios letais, destaco a necessidade do preenchimento das notificações compulsórias de forma adequada, pois elas se tornam uma ferramenta de prevenção ao suicídio, ao dar visibilidade e gerar problematizações e planejamento de políticas. Quando pensamos nessas inovações, temos que lidar com o fato de que não é um movimento linear. A introdução de novas conceituações não garante o avanço e a concretização, principalmente nas políticas públicas.

O fato de termos diretrizes normatizadas não implica a adesão dos profissionais de saúde e/ou dos serviços. A integralidade só pode ser alcançada se a visão deles for coerente com o contexto, e se esse for um recorte fiel da realidade de saúde (MATTOS, 2003). Segundo Merhy e Franco (2013),

Na micropolítica do processo de trabalho não cabe a noção de impotência, pois se o processo de trabalho está sempre aberto à presença do trabalho vivo em ato, é porque ele pode ser sempre “atravessado” por distintas lógicas que o trabalho vivo pode comportar. Exemplo disso é a criatividade permanente do trabalhador em ação numa dimensão pública e coletiva, podendo ser “explorada” para inventar novos processos de trabalho, e mesmo para abri-lo em outras direções não pensadas (p. 61).

No Sistema Único de Saúde (SUS), a proposta de construção das redes tem o objetivo de viabilizar as políticas públicas através da integração e articulação entre os diferentes pontos de atenção da saúde, evitando a fragmentação das ações de cuidado. É necessário ampliar essa discussão para esfera intersetorial, incluindo a sociedade como um todo, de modo a discutir o tema e chamar para o compromisso de efetivamente pensar o suicídio coletivamente.

Ao se ter um Plano de Prevenção do Suicídio, a OMS (2016) indica o compromisso de uma gestão em torno da problemática, desde que não seja para perpetuar e fazer desses planos uma extensão da manutenção de práticas que não priorizem o sujeito. Orienta também incluir nos planos diretrizes para vigilância epidemiológica, restrição os meios para o suicídio, orientações para as mídias, redução do estigma e aumento da consciência da população, treinamento de profissionais de Saúde e de outros que estão na Linha de Frente como, por exemplo bombeiros, policiais, professores, clérigos entre outros.

Quando pensamos a constituição do GTPSES, inicialmente o grupo foi relacionado a setores da saúde pública e privada, Centro de Valorização da Vida (CVV), Universidade e Rodosol²¹. Na medida em que alguns casos reais de suicídio e de tentativas chegaram ao conhecimento do grupo, fomos ampliando o olhar de nossa missão. Não tínhamos o objetivo de lidar com casos de forma direta, porém, a rede afetiva se formou. Chamo afetiva relacionada ao conceito de afeto que venho utilizando na pesquisa, de que somos afetados pelos casos e diante de uma rede de cuidado ainda a se constituir e se fortalecer, as articulações são realizadas tanto com a rede já instituída, quanto com as parcerias para além da rede pública.

Diante dessas diversas situações e por ter como um dos objetivos fomentar a construção e o fortalecimento de políticas públicas, com o tempo o grupo aumentou, envolvendo também componentes de setores da segurança pública.

A importância da organização dos serviços e da sensibilização dos trabalhadores da saúde em rede, segundo a OMS, evitaria em 90% os casos de suicídio, se houvesse uma rede de atendimento adequado essas pessoas (CVV, 2013). A orientação desse trabalho nos diversos dispositivos de saúde (serviços de urgência, unidades básicas de saúde, CAPS, entre outros) deveria ser algo constantemente fomentado para a prevenção e cuidado dos casos de suicídio.

A estruturação dessas redes no Brasil ainda é muito incipiente. Sendo assim, podemos pensar em um plano nacional que promova a saúde desde as unidades, que seja não compartimentalizado, e circunscrever o sujeito apenas quando estiver em alguma situação de crise, investindo apenas nos CAPS. É necessário considerar o sujeito dentro de um todo, em sua mais completa condição, levando em conta todos os espaços de inserção de sua vida na saúde. Afinal, na maioria das vezes os sinais são visíveis antes do ato consumado.

É essencial que os serviços façam as pactuações de forma que os fluxos centrem as necessidades das pessoas e facilitem o seu acesso aos equipamentos de

²¹ Concessionária do Sistema Rodovia do Sol desde 22 de dezembro de 1998, responsável por dar manutenção do Sistema Rodovia do Sol, que começa em Vitória, no km 0, na Ponte Deputado Darcy Castelo de Mendonça (Terceira Ponte), atravessa o município de Vila Velha e termina no km 67,5, em Guarapari - ES.

saúde. Além disso, todos os atores envolvidos se integrem não apenas no intuito de trocar experiências, mas principalmente para enfrentar problemas concretos e comuns, cuja solução não está ao alcance de forma isolada. “São estes processos de interação entre os serviços e destes com outros movimentos e políticas sociais que fazem com que as redes de atenção sejam sempre produtoras de saúde num dado território” (BRASIL, 2009a, p.8).

A consolidação das diretrizes vem desafiando profissionais e gestores no sentido de identificar e produzir estratégias, métodos, técnicas e instrumentos de trabalho que contribuam no processo de implementação desse sistema para a produção do cuidado em saúde de forma integral, e é nesse contexto que desde 2006, com a ENPS, inseriu-se a produção de cuidado as questões relacionadas ao suicídio.

É importante destacar que redes são constituídas de pessoas que se conectam e se vinculam, e pelas articulações entre elas. As conexões são realizadas pelas pessoas, e não pelos serviços. Pessoas que vivem no seu cotidiano, os desafios de oferecer ações efetivas de apoio e cuidado àqueles que estão demandando. Mais do que convenções e procedimentos, é a rede como a “linguagem dos vínculos”, feita a partir de sensibilidade e afeto capazes de produzir o cuidado (ROVERE 1999, p.21).

E são as pessoas, gestores e trabalhadores que podem ser capturados pelo trabalho morto. Desta foram, devemos pensar o plano de cuidado e prevenção do suicídio, que incluem as notificações, os protocolos e fluxos, mas sem perder a dimensão do trabalho vivo.

Trazendo Merhy e Feuerwerker (2009) para o diálogo, no trabalho vivo os profissionais têm um grau de liberdade para agir em saúde. Devem estar num movimento contínuo de autoanálise, e problematização do processo de trabalho. Mas quando o trabalho está morto, é sinal de que priorização estão comando dos instrumentos, limitando a ação àquilo que já foi determinado pelo protocolo, formulário ou máquina. Tornando-se, então, apenas um processo distante e duro de produção de procedimentos (MERHY e FEUERWERKER, 2009).

Levanto essa questão, para refletir sobre o trabalho de um dos serviços mais reconhecidos na prevenção ao suicídio, uma organização sem fins lucrativos e não um equipamento de saúde: o CVV (Centro de Valorização da Vida).

A prevenção do suicídio iniciou por organizações não governamentais inspiradas em princípios religiosos e filantrópicos a partir de 1906 pelo Exército da Salvação em Londres, no mesmo ano em Nova York pela Liga Nacional Salve uma Vida e, em 1936 no Reino Unido pelos Samaritanos que inspirariam no Brasil, desde 1962, o Centro de Valorização da Vida (BOTEGA, 2015).

Especificamente o trabalho do CVV²² originou-se a partir da iniciativa de um padre que ofereceu escuta, depois de saber sobre uma adolescente ter cometido suicídio pelo fato de ter sua primeira menstruação, e diante disso, pensou que estivesse com uma doença fatal. O CVV foi reconhecido como entidade de utilidade pública federal pelo decreto lei nº 73.348 de 20 de dezembro de 1973, sendo associado ao *Befrienders Worldwide*, entidade que congrega as instituições congêneres de todo o mundo. Sua atuação baseia-se essencialmente no trabalho voluntário de mais de 1.800 pessoas distribuídas por todo o Brasil, que se colocam disponíveis à outra pessoa em uma conversa de ajuda.

A instituição foi uma das integrantes do Grupo de Trabalho do Ministério da Saúde para definição da Estratégia Nacional para Prevenção do Suicídio em 2005, e novamente, participou da Agenda para o Plano Nacional Prevenção do Suicídio criada em 2017. A missão do CVV, segundo a página oficial da instituição, é “Valorizar a vida, contribuindo para que as pessoas tenham uma vida mais plena e, consequentemente, prevenindo o suicídio” e “[...] até 2020 todo o território nacional poderá contar com o atendimento pelo número 188 em ligação gratuita”²³.

O trabalho do CVV é um exemplo de que havendo desejo e se deixando afetar, não necessariamente apenas o saber técnico científico dará as respostas. A instituição acredita na escuta e acolhimento da pessoa independente se envolve as questões do suicídio. A oferta de escuta parte do princípio, que são pessoas que conseguem ressignificar suas angústias e sentimentos, sem julgamentos, através da escuta.

22 “Realizamos mais de um milhão de atendimentos anuais por aproximadamente 2.000 voluntários em 18 estados mais o Distrito Federal. Esses contatos são feitos pelo telefone 141 (24 horas), pessoalmente (nos 80 postos de atendimento) ou pelo site www.cvv.org.br via chat, VoIP e e-mail.” Disponível em: <<https://www.cvv.org.br/>>. Acesso em: 30 ago. 2017.

23 Disponível em: <<https://www.cvv.org.br/>>. Acesso em: 30 ago. 2017.

Diante das questões apresentadas até agora, abordarei um pouco do caminho percorrido com relação à elaboração da Linha de Cuidado e Atenção ao Suicídio no município em que atuo.

A proposta de elaboração da Linha de Cuidado e Atenção ao Suicídio, da qual eu participei num município da Grande Vitória, teve início em 2012 com encontros de profissionais das diversas gerências que compõem a Secretaria de Saúde do município para discutir questões sobre o suicídio e seu impacto na realidade do município. Eu acabara de chegar à área técnica de Saúde Mental da Secretaria de Saúde do município e participei de alguns encontros no final daquele ano.

Foi possível analisar indicadores epidemiológicos e discutir em espaços coletivos de gestão, culminando assim, com a elaboração da Linha de Cuidado de Atenção ao Suicídio no Município de Vitória, com uma proposta de ações de prevenção, assistência e vigilância.

Isso implicou também na capacitação de profissionais, sendo realizados encontros e palestras direcionadas aos servidores da rede de saúde num primeiro momento. Coloquei-me enquanto facilitadora dessas formações que tinham como objetivocapacitar, sensibilizar para a identificação dos casos de suicídio, e para os encaminhar para os serviços na rede. Nesses momentos, pude considerar a possibilidade de criar e repensar o meu trabalho, pois estava na área administrativa, afastada da ponta/diretamente com os pacientes há alguns anos.

Naquele momento eu estava “do outro lado”, pensando o fluxo e o protocolo da linha de cuidado e por mais que sejam importantes, temos que pensá-los enquanto norteadores do cuidado e não definidores dele, sendo que irão definir a “rota” que o usuário deve fazer dentro da rede é a sua necessidade em saúde.

Algo que me intrigava nessas turmas de capacitação era a fala sobre a ausência de espaços coletivos de discussão sobre o tema em seus locais de trabalho. Então, penso o quanto isso foi produtivo para que eu pudesse rever minha prática, e destaco uma citação para refletir sobre a fala dos profissionais: “o regulamento pode ser mais ou menos interiorizado ou sentido como um puro constrangimento, conforme se trate de um regulamento elaborado pela coletividade, ou aceito por ela, ou ainda imposto por uma parte da coletividade” (LOURAU,1975, p. 267).

Após um ano de implantação da Linha de Cuidado e Prevenção do Suicídio, definiu-se por um processo de avaliação e ampliação da Linha de Cuidado junto aos serviços visando qualificar a atenção, identificar os avanços e as dificuldades na implementação das ações. Efetivamente, essa avaliação iniciou-se em 2015 com outros profissionais inseridos nas discussões na medida da necessidade da contribuição de cada serviço. Porém, esse grupo não continuou após diversas mudanças de gestores na Secretaria de Saúde, que foram desde gerências, coordenações e técnicos que levam um tempo nos arranjos institucionais.

Diante disso, foram definidos alguns encaminhamentos em reuniões em outro grupo de trabalho, que apesar de ser mais amplo, era responsável pelas ações de vigilância e assistência relacionadas à violência, onde também as questões relacionadas ao suicídio compareciam; vale lembrar que o suicídio é considerado causa externa. O processo de avaliação iniciado tornou-se um analisador da instituição em relação ao tema, pois evidenciou algumas contradições e produziu efeitos importantes, porém não suficientes para os investimentos necessários.

Durante o percurso da avaliação, junto a alguns serviços, emergiu de forma significativa o sofrimento dos trabalhadores de alguns equipamentos diante de tantas demandas e poucos espaços coletivos de discussão, além das reuniões habituais da equipe, pois muitos nunca haviam discutido aquela linha de cuidado ou participado das capacitações oferecidas pelo município.

Haja vista, o número pontual de vagas que foram oferecidas, não conseguimos, apesar do planejamento, instituir uma formação continuada e específica em relação ao tema de manejo, prevenção, crise e cuidado em torno do suicídio. Talvez por não haver uma política nacional implantada, não tínhamos de onde sustentar a liberação de recursos financeiros. Não obstante, existem as recomendações e prerrogativa da ENPS quanto a Educação Permanente dos trabalhadores.

Porém, durante os momentos junto às equipes, era importante saber como os profissionais percebiam a estratégia da linha de cuidado dentro da rede. E a maioria, após a apresentação e discussão, se envolveu no processo. Utilizamos algumas reflexões de casos reais para pensar o fluxo dentro da linha de cuidado. E o que

mais foi problematizado, era a escuta e a necessidade do usuário, e que a linha era um norteador e não uma ferramenta para reproduzir protocolos.

Tivemos resistências também, com o mesmo discurso que vem se apresentando de valorização da medicação e para isso ter que continuar colocando o médico num lugar de “prescritor de remédio”, às vezes também isolado. Nas falas de alguns médicos, inclusive, essa questão apareceu, com a sensação de um lugar de “isolamento” e não como parte de uma equipe. A ausência de médico ou a recusa do lugar de “prescritor” em determinadas situações, gerava conflitos.

Naquele momento, outras questões sugeriram uma fragilidade na pactuação sobre o funcionamento da estratégia. Apesar da linha de cuidado seguir a lógica da integralidade, da humanização e das diretrizes atuais das políticas de saúde, ainda assim, havia uma verticalidade no processo, assim como uma dificuldade diante da temática também pelos gestores. Esta é uma fragilidade frequentemente observada na implantação das políticas públicas no nosso país, o que sugere, talvez, a necessidade de ampliação dos atores envolvidos.

Uma reflexão que faço como apoiadora de uma área técnica da saúde é se me deixei capturar pela aceitação de práticas de verticalidade no uso do poder e nesse lugar de “poder”, enquanto distante da ponta num setor de planejamento de políticas. O que me faz pensar, o quanto como apoiadores, seja técnico, institucional e também matricial, nos tornamos tão instituídos no fazer que nos esquecemos da horizontalidade própria da metodologia de apoio.

A continuidade no acompanhando do processo de avaliação da linha de cuidado e atenção ao suicídio não foi possível, pois mudei o local de trabalho, retornando para um serviço de saúde na ponta. Pude deixar uma parte escrita para um possível material norteador da Linha de Cuidado e atenção do município. Material esse, que seria publicado para os profissionais na rede de saúde. Para Cecílio e Merhy:

[...] uma complexa trama de atos, de procedimentos, de fluxos, de rotinas, de saberes, num processo dialético de complementação, mas também de disputa, vão compondo o que entendemos como cuidado em saúde. A maior ou menor integralidade da atenção recebida resulta, em boa medida, da forma como se articulam as práticas dos trabalhadores [...] (CECÍLIO, L.C. e MERHY, E.E., 2003).

Dentre alguns exemplos de ações preventivas para o comportamento suicida são apresentadas em estudos, e incluem várias abordagens. Um desses estudos é o de Goldney (2005), que demonstra em sua pesquisa Centros de Prevenção ao Suicídio, baseados na técnica de serviços telefônicos de atendimento a crises, nos EUA. Estes serviços são, em geral, conduzidos por voluntários e têm como objetivo melhorar o contato afetivo com o indivíduo com comportamento suicida. Alguns dos resultados que autor identificou foi a diminuição da incidência, e a reincidência de tentativas de suicídio. Há um retorno do serviço após contato da pessoa e tem acompanhamento regular após a tentativa de suicídio e ele identifica que essa ação também auxilia na redução desses números.

Em relação à abordagem farmacológica, Goldney (2005) chama a atenção para a proteção que essas medicações podem ser para pessoas que possuem diagnósticos psiquiátricos. O autor considerou outros estudos que mostram uma grande parcela dessas pessoas que no momento de crise, e posteriores tentativas de suicídio, não faziam uso regular das medicações prescritas. Ele não revela em como era formada a rede de saúde e se haveria outros modelos de cuidado.

Outras ações preventivas avaliadas por Goldney (2005) como positivas foram: a utilização de terapia cognitivo-comportamental como uma linha de acompanhamento em psicoterapia; a diminuição da veiculação, pela mídia, dos suicídios ocorridos nas cidades; as medidas arquitetônicas restritivas em lugares altos; a mudança da toxicidade do gás distribuído para as residências; as mudanças em legislações sobre o acesso a armas de fogo.

Também em uma revisão sistemática de literatura sobre medidas restritivas para prevenção ao suicídio, Yip et al. (2012) descreveu medidas que denominou como um *continuum*, pois variam da eliminação completa ou a remoção de alguma substância fatal ou um composto (como modificação na composição do gás de cozinha); impedimento de acesso a pedestres a locais como pontes e intervenções a objetos que ofereçam risco a indivíduos susceptíveis (certas embalagens de produtos), além de ações educativas e em âmbito comunitário. O autor descreve os resultados de uma experiência numa comunidade em Hong Kong, de prevenção de restrição ao meio, em que os sacos de carvão vendidos em uma loja, que eram de livre acesso, foram mudados de localização, passando a ser de acesso somente dos funcionários,

cabendo apenas a estes pegá-los quando solicitada a venda. O número de suicídios nessa região diminuiu quando comparado a outra região, onde esta medida não foi adotada (considerando que a queima do carvão produz um gás tóxico que, quando inalado pode levar a óbito).

No âmbito geral, temos pesquisas mundiais que apontam medidas para o desenvolvimento de atividades preventivas. Porém, Bertolote (2012, apud BOTEGA, 2015) concluiu que no campo da prevenção ao suicídio temos “mais entusiasmos do que comprovações cientificamente validadas” e que o conjunto de estratégias ainda é muito modesto pela complexidade da questão. E acrescenta que, o pouco que ainda dispomos, lamentavelmente, “nem sempre é posto em prática com a energia e o apoio necessários”.

Desde o lançamento da Estratégia de Prevenção ao Suicídio (Brasil, 2006b), há 11 anos, sua implantação efetiva não aconteceu. No entanto, a partir de alguns movimentos de profissionais, academia e instituições não governamentais, o tema ganhou visibilidade e temos o lançamento da agenda do MS para continuar as ações e planejamentos necessários para efetivação do plano.

A construção de redes de cuidado é um processo lento, e o suicídio é um tema ainda permeado pelo estigma, que afeta as pessoas de diferentes. Acredito que ainda há um longo caminho a ser percorrido para que as propostas da estratégia se solidifiquem. Porém, não será com mais dispositivos que a rede será fortalecida, caso permaneça com a contradição existente no discurso e ações, pois o que a literatura tem trazido, e o que observo enquanto profissional, é a reprodução de um discurso ainda hegemônico mesmo em serviços de saúde mental. Onde não mais aprisiona apenas os “corpos”, mas também as subjetividades.

Face a esse quadro, é indispensável considerar que a possibilidade de intervenção nos casos de tentativas de suicídio, e que as mortes por suicídio podem ser evitadas por meio de ações de promoção e prevenção em todos os níveis de atenção à saúde, assim como, a necessidade de fomentar ainda mais a articulação intersetorial com a Educação, Assistência Social e Segurança Pública, tendo em vista a complexidade que cerca essa temática e por envolver, além de profissionais de saúde, outros setores que lidam, direta ou indiretamente, com questões associadas

ao suicídio no seu trabalho cotidiano. Formando, desta forma, redes intersetoriais de promoção de vida e de prevenção do suicídio.

A construção de uma política de atenção ao suicídio e sua efetivação tem diversos desafios. Capacitar, sensibilizar e reduzir o estigma dos profissionais de Saúde e gestores dos sistemas de saúde é um deles. Seja no sistema público ou privado é fundamental para que o cuidado e a prevenção sejam bem-sucedidos (WHO, 2016).

Há um denominador comum entre as pesquisas, que apontam a capacitação profissional como uma estratégia para a efetivação desse cuidado, na medida em que reduziria o estigma, qualificaria o profissional e gestor, além de sensibilizá-lo. É nessa formação que aprofundaremos no próximo tópico.

3.4 PENSANDO A FORMAÇÃO DOS PROFISSIONAIS DE SAÚDE

Apesar da formação dos profissionais de Saúde ser uma das categorias de estudo, perpassou todo o trabalho, entendendo que o campo de pesquisa é o da saúde pública e o referencial teórico escolhido, a partir de autores que defendem que trabalho em Saúde, está em todas as etapas do cuidado comprometido com a Educação como produção de conhecimento, em dobra, um produzindo o outro (CECCIM, 2005; MERHY, 2005).

No entanto, defini por destacá-la em um capítulo por algumas peculiaridades que a questão do suicídio requer. Na maioria dos artigos e pesquisas visitados, percebi que a abordagem sobre a falta de capacitação ou sobre a formação incipiente dos trabalhadores da Saúde comparece como um obstáculo importante para a efetivação do cuidado em relação às questões do suicídio.

Em relação às formações realizadas em outros países, o que mais identifiquei foram as capacitações ou treinamentos específicos de habilidades cognitivas e emocionais aos profissionais. Nos estudos realizados no Brasil, os termos Educação Permanente e Continuada são utilizados como similares, apesar de haver uma distinção do conceito pelo MS.

Vale esclarecer que o objetivo, desde o início, foi refletir sobre a qualificação necessária para os profissionais na efetivação do cuidado e prevenção ao suicídio; e

as lacunas do problema não foram ao todo preenchidas devido a reduzido número de textos que indicassem diretamente o tipo de capacitação, mas que trouxeram esse e outros pontos como analisador. Mesmo assim, a análise do material nos permite delinear algumas considerações.

Neste capítulo, elenco algumas pesquisas com maior relevância, para que não ficassem repetitivas, já que não é objetivo quantificá-las.

De acordo com Oliveira et al. (2016, apud CARMONA-NAVARRO & PICHARDO-MARTÍNEZ, 2012), também citado por Brocker (2007), o oferecimento do conteúdo teórico no ensino superior sobre comportamentos suicidas parece pouco ou mesmo nenhum. Assim como, em Souza (2012), é apresentado o resultado de um estudo realizado com médicos, enfermeiros e técnicos de enfermagem, no qual poucos entrevistados tiveram alguma aula a respeito do tema na graduação.

Essas questões também comparecem no estudo de Oliveira et al. (2016) que aponta uma lacuna na formação dos profissionais entrevistados em um hospital que atende indivíduos que tentaram suicídio; os trabalhadores eram formados em Psicologia, Enfermagem, Medicina, Serviço Social, Educação Física e Medicina/Psiquiatria. Os autores do estudo fizeram uma associação entre o déficit na formação dos profissionais e o sentimento de desconforto emocional diante do suicídio.

Algumas experiências em países como Noruega e Hong Kong descreveram sobre o treinamento de competências cognitivas e emocionais dos profissionais da Saúde como tipo de qualificação para lidar com o suicídio, em conjunto a outras disciplinas técnicas e protocolos para orientar a prática de cuidados. Segundo Hoifodt, Talseth, & Olstad (2006, apud MADEIRA, 2015) e Chan, Chien, & Tso (2008, apud MADEIRA, 2015), autores dessas pesquisas, com esses treinamentos os profissionais ficaram mais aptos para intervir com a pessoa que tenta suicídio. Também indicam que algumas áreas do sistema educacional poderiam ser ampliadas, incluindo de forma sistemática o estímulo da reflexão crítica e na prática, atenção aos sentimentos no processo reflexivo e discussão com feedback desse desempenho com os graduandos.

Em relação a outros países, segundo Beautrais (2006, apud MOURA et al. 2011), “[...] A partir de estratégias de prevenção do suicídio implantadas em vários países

– como os Estados Unidos, Inglaterra, Irlanda, Austrália, Japão e Suécia – mostra-se que é possível diminuir o sofrimento de milhões de pessoas quando enfrentamos o problema”. E, conforme Bean e Baber (apud MOURA et al., 2011). “[...] Muitas das quais por meio de rastreamento de situações de vulnerabilidade e de ações educativas”. Um exemplo foi a Suécia, que conseguiu reduzir sua taxa em 39,5% (de 22,3 para 13,5 por 100 mil pessoas), entre os anos 1980 e 2005, segundo dados da Organização Mundial da Saúde, em 2014.

Um estudo realizado no continente asiático por Sun, Long e Boore (2007) em sete grandes hospitais do centro de Taiwan apontou a necessidade de se promover a educação sobre o suicídio, com objetivo de melhorar as atitudes dos profissionais da Saúde em relação às pessoas que acessavam os hospitais após tentativas.

Outros estudos identificaram que, com a capacitação e a habilitação para os profissionais de Saúde, o conhecimento, as atitudes, a confiança e a competência aumentam seu manejo com os casos de comportamento suicida. É o que mostra Wasserman et al. (2012), Silva e Costa (2010) e Cais et al. (2011), sendo as duas últimas realizadas no Brasil. Segundo eles, alguns aspectos foram contemplados nessas capacitações, como a gestão dos sintomas depressivos, as habilidades para avaliação do risco de suicídio, a colheita qualificada de informação epidemiológica acerca do comportamento suicida, o conhecimento de estratégias eficazes para a prevenção do suicídio, a habilidade para avaliação da intencionalidade e da letalidade do comportamento suicida, o conhecimento da origem do comportamento suicida e a avaliação do estado mental da pessoa em crise suicida.

Em uma revisão sistemática de literatura, Mann (2005) identificou, entre medidas que se mostram efetivas para prevenção: a identificação e tratamento de quadros depressivos nas pessoas que buscam os serviços a partir de treinamento de profissionais da atenção primária e o treinamento dos chamados *gatekeepers*²⁴,

²⁴ Gatekeepers: Em alguns casos, membros da comunidade ou representantes podem assumir o papel de identificar pessoas em risco de suicídio comportamento ou grupos emergentes de suicídio, o que muitas vezes é chamado de papel "gatekeeper". Talvez o mais importante seja que as comunidades possam ajudar, dando aos indivíduos uma sensação de pertencendo. O apoio social nas comunidades pode ajudar a proteger as pessoas vulneráveis do suicídio, criando conexões sociais e melhorando as habilidades para lidar com dificuldades. É essencial entender que a própria

peças-chaves na comunidade (igrejas, profissionais de Saúde, e escolas, presídios, profissionais da segurança) para identificar indivíduos em risco e encaminhá-los adequadamente para os serviços de Saúde.

Além disso, algumas pesquisas relatam a observação específica das formações biomédicas e sua representação cultural de poder, “[...] ao se depararem com situações em que o paciente deseja ou aparenta desejar a morte, o seu sentimento de onipotência é substituído por certa impotência” (BAYLON, MARQUETTI e MOYA, 2008, p. 1). Segundo Santos (2008), a equipe de Saúde, principalmente em serviços de emergência, pode se sentir agredida em casos de tentativa de suicídio, visto que foi treinada e capacitada a salvar vidas, além de dispor de avanços da medicina quanto aos recursos tecnológicos modernos para salvar e prolongar a vida, e se deparam com pacientes que “não querem” mais viver. Isso é sentido como um confronto diante a formação de alguns profissionais.

Nascimento (2011) enumera diversos estudos em que profissionais de Saúde lidam com fenômenos como a vida e a morte cotidianamente, contudo, o modelo tecnicista e fragmentado dos cursos de graduação os prepara para a morte somente quando se tem uma causa direta com um fator clínico. Ou seja, há uma preeminência de procedimento técnico em detrimento de uma formação mais humanista, principalmente nos cursos dos médicos e enfermeiros. Além disso, o cotidiano da maioria dessas formações não tem espaço para se falar de angústias e sentimentos dos alunos diante dificuldades, podendo assim, levá-los a uma cristalização no modelo tecnicista e no endurecimento das relações, conforme Igue, Rolim e Stefanelli (2002, apud NASCIMENTO, 2011) e Cancone (apud KOVÁCS, 2003).

Em um estudo anterior, realizado com enfermeiras e auxiliares de enfermagem, através de entrevistas, Igue (2001, apud NASCIMENTO, 2011) aponta para as representações sociais sobre o suicídio que aparecem nesse grupo de profissionais. E chegou-se à conclusão de que para as questões sobre como compreendê-lo, seus impactos afetivos e as formas de enfrentamento ao comportamento suicida, faz-se necessária a criação de propostas grupais para abordar a situação.

De acordo com Angerami-Camon (2004), os profissionais de Saúde são furtados em suas graduações de um espaço que possa abordar ou problematizar a questão da finitude.

Em pesquisa realizada em Flandres na Bélgica, Landschoot, Portzky e Heeringen (2017), envolveram profissionais de 39 departamentos de emergência e 38 departamentos psiquiátricos da região para avaliar a eficácia de cartazes educativos, que normalmente são usados para melhorar conhecimentos, atitudes e autoconfiança de pacientes. A investigação procurou conhecer os efeitos dessa metodologia de educação sobre esses profissionais, principalmente sobre como lidavam com pensamentos ou comportamentos suicidas dos pacientes. Os pesquisadores utilizaram uma metodologia originalmente desenvolvida pelo Centro de Recursos de Prevenção de Suicídio (SPRC), nos Estados Unidos, onde o resultado foi favorável ao uso desse tipo de formação para os profissionais. Nessa pesquisa, eles citam outros estudos, como os de Cross et al. (2010), de Beurs et al. (2015) e de Ghoncheh et al. (2016), nos quais as intervenções no âmbito da prevenção do suicídio demonstraram progressos a partir de desenvolvimento de educação e treinamento para grupos-chave, por exemplo, o treinamento de *gatekeeper*, *workshops* com atores de *role-playing*, *e-learning*, *train-the-trainer programmes* de um dia, e acreditam que as campanhas de pôsteres educativos também podem ser uma ferramenta:

Os materiais educacionais foram adaptados ao contexto flamengo deste teste e testados em campo em diferentes grupos focais, incluindo a força-tarefa flamenga da prevenção do suicídio e do pessoal clínico de departamentos de emergência e psiquiátrica. O cartaz e guia foram exibidos por quatro semanas em sites estratégicos apenas para funcionários, como salas de reuniões, refeitórios e banheiros de pessoal” (LANDSCHOOT, PORTZKY, HEERINGEN, 2017, p. 02).

Eles chegaram à conclusão de que não houve impacto para os profissionais da saúde mental de Flandres, pois além da formação de base, também receberam treinamento sobre o cuidado ao suicídio 6 meses antes; porém os autores não citam que tipo de treinamento foi realizado, mas que houve diferença nas respostas entre os profissionais da saúde mental e profissionais dos outros departamentos. E recomendam mais estudos sobre esse tipo de educação.

No Japão, desde a Lei Básica de Prevenção Nacional do Suicídio²⁵, de 2011, alguns funcionários do governo de forma territorial trabalham com os profissionais de Saúde e assistência social como *gatekeepers*. Cada governo local teve que criar políticas e implementar medidas para a prevenção do suicídio. Na realidade administrativa do país, os oficiais dos governos locais são encarregados de aconselhar problemas de vida, independentemente de serem profissionais. Desta forma, entende-se que os oficiais não profissionais devem ser os que primeiro detectam pessoas suicidas precocemente, por isso a necessidade de melhorar suas habilidades em relação à prevenção do suicídio (KANIWA et al., 2012).

A pesquisa foi realizada com intuito de conhecer as atitudes dos profissionais de saúde e dos *gatekeepers* - nesse caso funcionários locais do governo - perante o comportamento suicida, e qual o efeito posterior a um treinamento com essas pessoas em seu local de trabalho durante alguns meses. Chegaram à conclusão de que os conhecimentos básicos e as atitudes dos funcionários oficiais e profissionais de saúde/assistência social eram mais positivas perante as pessoas com algum comportamento suicida e revelou fatores que precisam ser melhorados por programas educacionais. Os resultados também mostram que a educação continuada é importante, pois aqueles com experiência prévia de treinamento específico apresentaram melhor conhecimento após treinamento adicional: “O aumento do conhecimento muda as atitudes e aumenta a comunicação, e as habilidades de intervenção, diminuem o sentimento de dificuldade ou ansiedade das pessoas por fornecer suporte para prevenção do suicídio” (KANIWA et al., 2012, p. 719). Os pesquisadores também concluíram que a formação com oficinas e apresentação de estudos de caso, incluindo treinamento em melhoria de habilidades, é de suma importância para oficiais de governo que não têm experiência de se comunicarem com indivíduos suicidas.

Em outro estudo realizado pela Universidade *Rochester Medical Center*, nos Estados Unidos, para investigar opções eficientes de treinamento para profissionais

²⁵ *The Cabinet Office of Japan. The Basic Suicide Prevention Law*, 2006. Disponível em: <<http://bit.ly/2pezaHT>>. Acesso em: 10 out. 2011.

da saúde mental em relação ao comportamento suicida, os pesquisadores (Pisaniet et al., 2012) aplicaram durante um *workshop* uma metodologia de treinamento - *Commitmentto Living* (CTL) *Curriculum*, como uma oficina para melhorar o conhecimento dos profissionais sobre o cuidado ao comportamento suicida. A intenção foi avaliar se a confiança e avaliação de riscos numa equipe multidisciplinar em ambulatório e seus estagiários, iria melhorar após essa metodologia. Os autores acreditam que qualquer habilidade clínica requer prática e feedback ao longo do tempo, e indicaram que *workshops* focados em educação continuada podem aumentar conhecimento, confiança e habilidades. Foram 20 oficinas entre setembro de 2007 e março de 2009. Os autores concluíram que a metodologia promissora, inovadora e eficiente para capacitação dos profissionais, e que os programas de gerenciamento de risco, podem melhorar o conhecimento, a confiança e as habilidades dos profissionais. O estudo sugere a necessidade de mais pesquisas para comparar e melhorar o impacto a longo prazo desse tipo de educação.

Em outra publicação sobre atitudes dos profissionais de saúde quanto ao suicídio, Maliska e Wallauer (2012) observam uma desconsideração do sofrimento psíquico, de forma geral, por parte de alguns profissionais da saúde, e questionaramse o fato de compreender o fenômeno dessa forma poderia ser por falta de capacitação profissional, preconizada pelo SUS em atividades de educação permanente.

O processo de formação de trabalhadores da Saúde por método Paideia no que se refere ao cuidado do suicídio, foi indicado em um estudo realizado por Figueiredo e Campos (2014). Os autores recomendam que espaços coletivos em que há diálogos, podem proporcionar mudanças nas práticas dos profissionais e na consciência que do que eles apresentavam de conceitos. E observam que a criação dos espaços dialógicos vai ao encontro do conceito de educação permanente.

Cabe destacar que o CVV é um exemplo de capacitação importante de trazer para meu estudo. Os voluntários que lá atendem passam por um processo seletivo e por um treinamento com diretrizes específicas, como: nunca aconselhar, ouvir sem restrições morais, não interferir e principalmente dar espaço à fala do outro. A escuta e o auxílio são imediatos, não sendo necessário agendamento ou tempo de espera.

Em outra pesquisa realizada em duas unidades de saúde ESF em Porta Alegre - RS, como a de Costa, Wetzel e Kohlrausch (2007a), abordou-se como agentes comunitários de saúde e enfermeiros da atenção básica relatam suas dificuldades em acompanhar o indivíduo com comportamento suicida, pois não se consideram capacitados. Durante o estudo, os autores identificaram que a educação permanente pode contribuir para a identificação do comportamento suicida e qualificação do atendimento. Porém, no contexto pesquisado, não havia indicativo de que os profissionais tivessem algum espaço para alguma formação.

Em sua pesquisa, Oliveira (2013) informa sobre um projeto de extensão da Universidade Federal do Ceará vinculado à Pró-Reitoria de Extensão, criado em 2004, o Projeto de Apoio à Vida (PRAVIDA), do qual a pesquisadora faz parte em conjunto com 21 acadêmicos de medicina e psicologia da Universidade Federal do Ceará (UFC), sob a orientação de um PHD em psiquiatria e uma doutora em psicologia. É um projeto de atenção especializada, com fins preventivos e de apoio à população com histórico de tentativa de suicídio, objetivando restabelecer o bem-estar desses indivíduos e sua reintegração a um convívio social saudável. Tem parceria com o Instituto José Frota (IJF), que atende grande número de indivíduos após tentativa de suicídio. Os membros do projeto realizam visitas diárias ao IJF para contato com os pacientes e seus acompanhantes, visando captar pessoas pacientes para acompanhamento no PRAVIDA, localizado no Serviço de Saúde Mental do Hospital Universitário Walter Cantídio (HUWC). O projeto assiste pacientes provenientes do IJF, de outros serviços de atenção à saúde e também aqueles que o procuram espontaneamente. Há ciclos de capacitação interna, seminários voltados à comunidade acadêmica, eventos públicos para informar a sociedade sobre o suicídio, além da realização de pesquisas sobre a temática no contexto do Ceará (SOUZA et al., 2012, apud OLIVEIRA, 2013).

Um estudo elaborado por Conte et al. (2012) relata uma experiência do Programa de Promoção à Vida e Prevenção ao Suicídio de Candelária – RS, um município brasileiro que apresenta altos coeficientes de mortalidade por suicídio na população geral e de idosos. Constatou-se uma realidade de não escuta do sujeito pelos profissionais de Saúde. A primeira ação estratégica foi desmitificar o tema da morte por suicídio e, com isso, abrir possibilidades de falar sobre o assunto. A segunda foi capacitar os profissionais para a identificação de risco e as diferenças conceituais e

de abordagem referentes à ideação, ao plano ou à tentativa de suicídio; levando em consideração o trabalho em equipe. E, posteriormente, a busca ativa das famílias que tiveram perdas fatais antes da implantação do programa. Conte et al. (2014) apontam para a importância da educação permanente como uma das ferramentas de gestão e acompanhamento do processo de trabalho.

A minha experiência com a formação dos profissionais, realizada no município onde trabalho, o preenchimento das notificações de tentativas de suicídio, o encaminhamento na rede e a identificação dos fatores de risco/proteção atuam como estratégias para a quebra de paradigmas e de prevenção dentro da implantação da Linha de Cuidado e Atenção ao suicídio do município.

Mesmo assim, a angústia aparecia, pois tínhamos dificuldades em preencher as vagas, às vezes tendo que oferecer para outros municípios e setores, além da Saúde, o que não era totalmente ruim. Afinal, quanto mais profissionais problematizassem e se sensibilizassem quanto ao suicídio, maior possibilidade de efetivar o cuidado. Não conseguimos identificar durante minha permanência como facilitadora se a procura era menor que a oferta, porque alguns não aderiam devido a não liberação dos profissionais pelos diretores dos serviços, ou pela dificuldade de se implicar com o tema.

Das leituras de pesquisas e estudos realizados, a indicação mais abordada para as produções nacionais foi a de educação permanente ou continuada, mas poucas relatavam se existiam esses espaços para os profissionais.

A Educação Permanente como indicação para qualificação das práticas dos profissionais de Saúde na prevenção do suicídio permanece na nova proposta de Agenda do Plano Estratégico Nacional de Prevenção do Suicídio do MS²⁶ (2017). E dentre os objetivos específicos traz “[...] Ampliar e fortalecer estratégias de educação

²⁶ Como o tópico dos Eixos de atuação e ações estratégicas tem diversas ações que envolvem a educação permanente, deixo novamente a referência para o acesso completo da agenda estratégica. Disponível em: <<http://bit.ly/2tQISEX>>. Acesso em: 26 jul. 2017.

permanente para sensibilizar e capacitar gestores e profissionais de Saúde para a vigilância, qualificação do cuidado e prevenção do suicídio”.

As mudanças em relação às formações dos profissionais da Saúde têm acontecido, porém, “de todos os princípios e diretrizes do SUS, possivelmente é o da integralidade o menos visível”, segundo ARAÚJO et al. (2007, p. 21). As autoras completam o pensamento afirmando que a transformação no processo de formação de profissionais de Saúde é um dos propulsores da integralidade.

Segundo Mourão et al. (2007), alguns avanços são perceptíveis apesar de todos os obstáculos. Foram realizadas algumas mudanças curriculares na formação de diversas profissões de Saúde, na tentativa de consolidar os princípios da integração e da interdisciplinaridade. A intenção, ainda hoje, é de formar profissionais para lidar com o cotidiano e que garantam a integralidade do cuidado de forma humanizada.

Seguem o mesmo pensamento Ceccim e Feuerwerker (2004), ao dizer o ensino de graduação é constituído por disciplinas desarticuladas e sem integração teoria e prática, ou seja, não possibilitando as discussões do cotidiano. E que deveria ser ampliada preparando os profissionais no sentido de atender às necessidades de saúde da população (CECCIM, FEUERWERKER, 2004; MATTOS, 2001).

Além disso, foi observado pelos autores que mesmo após graduados, percebe-se que a formação dos profissionais não é muito diferente, pois se baseiam principalmente em capacitações, que permanecem realizando uma transmissão de conhecimentos sem conexão com a realidade (CECCIM, FEUERWERKER, 2004).

Desta forma, os autores avaliam como ocorre no cotidiano da produção de saúde, profissionais que apresentam pouco vínculo com as pessoas, não conseguem realizar o trabalho em equipes e ainda apresentam práticas de cuidado não preconizadas pelo SUS. Para haver mudança nas práticas tradicionais de saúde e na organização dos serviços, necessariamente, deveria ocorrer mudanças na formação inicial e continuada dos profissionais de saúde (CECCIM, FEUERWERKER, 2004).

Tanto a saúde como a educação são campos de conflitos, de tensões e de muitas resistências, nos quais as práticas, muitas vezes, se assumem tradicionais para

manter o instituído (MOURÃO et al. 2007; FEUERWERKER, 2014). E essa resistência é percebida em todos do processo: profissionais, professores e gestores.

Na minha trajetória profissional, e há pouco tempo, tenho visto alguns movimentos no intuito de problematizar e possibilitar formações em universidades, por meio de seminários, congressos e alguns cursos pontuais sobre o suicídio.

Fazendo uma reflexão, Merhy (2005) afirma que algumas capacitações são necessárias para a aquisição de certas técnicas de trabalho, como acredito ser em relação ao manejo clínico dos casos relacionados ao suicídio, mas ele diz que isso é pontual e pode ser suprido sem muita dificuldade: “[...] a baixa eficácia das ações de saúde é devida à falta de competência dos trabalhadores e que pode ser corrigida à medida que suprimos, por cursos compensatórios, aquilo que lhes falta” (MERHY, 2005).

O que Merhy (2005) traz como questionamento é que diante desta visão os gestores propõem cursinhos à exaustão, que não estão gerando as mudanças necessárias às práticas destes profissionais, além de consumir recursos imensos.

Sempre busquei capacitações profissionais para continuar atualizada após a graduação, mas em todas as experiências profissionais relatadas nesta escrita, a possibilidade na efetivação do conhecimento foi nos momentos proporcionados pelos espaços compartilhados de troca: nas reuniões de equipe, nas reuniões de apoio matricial, nas rodas de conversa e no próprio cotidiano com os usuários. Esses espaços apresentaram um caráter crítico-reflexivo, propositivo, implicado e de competência técnica.

Com relação à clínica terapêutica particular e ao CAPS AD, houve um diferencial, pois também fazíamos leituras de textos técnicos. Era uma questão de organizar a reunião para que houvesse esse momento, uma prática que não foi possível continuar na US após mudança no modelo do apoio matricial. Porém, não acredito que tenha sido por uma questão de uma rotina dinâmica e das diversas demandas existentes em uma US, mas por uma dificuldade de organização do processo de trabalho dos serviços.

Com a mudança do modelo de apoio matricial para os CAPS, como trouxe anteriormente, tivemos que adaptar e repensar todo um processo de trabalho, não apenas nas quatro equipes da US, mas com todos os três CAPS do município.

No entanto, penso que mudança foram necessárias, mesmo que seja processual e ainda esteja em construção, e que esses são espaços potentes para discussão sobre o atendimento ao comportamento suicida, discutindo os mitos e tabus que existem, incluindo o tema da morte; para proporcionar momentos de reflexão, sobre o modelo de atenção e sobre os incômodos causados inclusive com o apoio matricial e dos processos de trabalho.

Outra iniciativa que entendo fazer parte de uma formação permanente é a construção de projetos terapêuticos nessas reuniões. A cada caso pensado coletivamente, desenhamos uma rede das necessidades do usuário, o que inclui estudar o caso, planejar as intervenções em conjunto com serviços de saúde e de apoio (intersectorialidade), clínica ampliada, matriciamento, interconsulta e a própria construção do Projeto Terapêutico Singular (PTS). São aspectos do cotidiano que não serão aprendidos em salas de aula, mas nas relações cotidianas. Uma ação micropolítica, entendida como “o agir cotidiano dos sujeitos, na relação entre si e no cenário em que eles se encontram” (FRANCO, 2006, p. 459). Espaços de possibilidades, de tensões e de conflitos que podem ser resolvidos com metodologias e arranjos, permitindo articulações entre todos os atores envolvidos.

A produção do conhecimento está ligada a um processo de conhecimento de si. Durante o agir cotidiano, o cuidado na saúde e sua micropolítica serão constituídos de práticas pedagógicas e não apenas ações tecnológicas, pois ao ser interrogado e se autoanalisar nesses processos de troca, as certezas instituídas podem dar espaço para novos conhecimentos (MERHY, 2005).

Essa seria, então, segundo os autores, a concepção da Educação Permanente em Saúde como estratégia político-pedagógica, em que se leva em conta a produção de subjetividade, de habilidades técnicas e de conhecimento do SUS (HADDAD et al, 1994, apud FEUERWERKER, 2014; CECCIM, FEUERWERKER, 2004).

Segundo Feuerwerker (2014), nos últimos anos, algumas experiências têm se apresentado para possíveis mudanças na formação dos profissionais da Saúde, no

Brasil, e com isso mostram o desafio que tem sido. Ela reflete sobre os processos e disputas que se apresentam sob uma lógica e interesses corporativos, que incluem desde as instituições educacionais aos diversos núcleos de saberes que se apresentam a partir de múltiplos planos, que são compostos de múltiplos sujeitos, “na disputa pelos processos de subjetivação de professores e estudantes (p. 120).

As mudanças no campo da assistência à saúde são necessárias, mas é necessário pensar a formação do profissional da saúde que seja inserida a tecnologia das relações. Na atualidade temos visto os avanços nos campos científico e tecnológico, algumas mudanças dos modelos assistenciais para ampliar o acesso e garantir as necessidades em saúde da população, que também mudam. Por isso, a atenção constante à qualificação do profissional é uma estratégia para a assistência de qualidade ao usuário e, conseqüentemente, profissionais qualificados e o desenvolvimento de políticas de saúde.

Em todos os aspectos essas são reflexões necessárias, incluindo no cuidado ao suicídio, partindo da premissa de que a indicação é de que seja multidisciplinar, intersetorial e integral, e que um não exclui o outro. Dessa forma, o desenvolvimento de certas habilidades e competências deve ser incluído nas formações de trabalhadores, pois ao desenvolver as tecnologias relacionais, estamos apostando no vínculo, no encontro profissional-usuário, profissional-profissional.

Nesse sentido, e pelo que contemplo no estudo, pensar a educação permanente como uma formação profissional para a qualificação do cuidado e prevenção do suicídio é mais consistente no âmbito da saúde pública.

De todo modo, as transformações da prática do profissional, no seu cotidiano de produção do cuidado em saúde, que irão acontecer a partir da educação permanente, devem ter o comprometimento do profissional para produzir capacidade de problematizar a si mesmo, e de gerar problematizações:

[...] não em abstrato, mas no concreto do trabalho de cada equipe, e de construir novos pactos de convivência e práticas, que aproximem os serviços de saúde dos conceitos da atenção integral, humanizada e de qualidade, da equidade e dos demais marcos dos processos de reforma do sistema brasileiro de saúde (MERHY, 2005, p 173).

O conceito de Educação Permanente em Saúde traz como processo educativo a análise do cotidiano do trabalho – ou da formação – nos espaços coletivos para a reflexão. E através da vivência e/ou a reflexão das práticas vividas do seu cotidiano, possibilita o contato com o incômodo produzido e, depois, a disposição necessária para fazer as mudanças nas práticas e de conceitos, enfrentando, assim, o desafio de produzir transformações (CECCIM, 2005):

O tema da Educação Permanente em Saúde coloca um corte na didática geral: não se trata da passagem de um estado de desconhecimento ao de conhecimento, não se trata da melhor e mais eficiente transmissão de saberes, não é uma metodologia pedagógica que se esgota à demonstração pelo aluno da aquisição de informação ou habilidade. Creio que aprofundam este corte os dois instigantes pontos que colho das arguições de Rovere e Merhy: os processos de territorialização e os processos de subjetivação, a que podemos chamar implicação política e implicação ética ou produção do mundo e produção de si (CECCIM, 2005, p 175).

Diante das experiências, pesquisas e dos aspectos teóricos que apontam para a necessidade de um cuidado integral, espaços para vínculo dialógico e dimensão interpessoal, além da dimensão técnica, como forma de qualificar a produção do cuidado, entendemos a necessidade preeminente de um investimento, nos diversos aspectos, que possibilite a efetividade dos espaços de Educação para informar, conhecer e refletir sobre as questões relacionadas ao suicídio.

Por isso, manter os profissionais em educação permanente é essencial para avaliar e implementar ações de cuidado às questões do suicídio em andamento na Saúde, a fim de aprimorar, problematizar, implicar-se e aplicar estratégias para qualificar a assistência integral ao paciente e aos familiares.

4 CONSIDERAÇÕES

Este processo teve início nos incômodos sobre como qualificar os profissionais para o cuidado em saúde às pessoas com questões relacionadas ao suicídio no âmbito da saúde pública, onde há muitos anos sigo minha trajetória profissional. Ao finalizar esse trabalho, o desassossego cresceu, pois tenho ainda mais inquietações ao observar o quanto temos ainda que caminhar. Trouxe o que foi possível realizar e contribuir a partir da revisão narrativa de literatura e o diálogo com minha experiência profissional.

Inicialmente o foco era a prevenção do suicídio e aos poucos, a pesquisa foi se delineando com o objetivo: analisar a produção científica nacional e internacional, por meio de uma revisão narrativa de literatura, sobre as capacitações para profissionais de saúde acerca do cuidado às questões relacionadas ao suicídio, e discutir criticamente essa formação/capacitação para a atuação no cuidado e prevenção do suicídio.

Durante a pesquisa, houve mudanças na metodologia, que trouxeram suas dificuldades e potencialidades diante do problema de estudo.

As limitações se fizeram presentes, dificuldades existiram, contudo, em nenhum momento deixaram de produzir os afetos.

Passei a entender que pesquisar é tecer uma rede de saberes. Um processo, dolorido em alguns momentos, que me possibilitou um mergulho em experiências profissionais e caminhos percorridos permitindo-me uma reconstrução, um novo olhar sobre minha prática e o cuidado em saúde. Esse exercício permitiu produzir, construir, criar outras relações com o trabalho num processo de transformação e implicação dentro de um tema tão complexo como falar sobre suicídio.

As memórias profissionais são muitas, mas algumas mereciam destaques por seu grau de afeto. Foram formas de fazer articulada com o saber, na tentativa de produzir cuidado.

Após leitura do material mapeado, encontrei poucas publicações, tanto nacionais e internacionais, que abordassem especificamente sobre formação ou capacitação

dos profissionais da saúde para cuidado e prevenção ao suicídio. Mesmo assim, as publicações de outros países ainda continuam sendo maiores do que as nacionais em todos os aspectos relacionados ao tema suicídio, incluindo as experiências de prevenção.

Em relação às formações realizadas em outros países, o que mais identifiquei foram as capacitações ou treinamentos específicos de habilidades cognitivas e emocionais aos profissionais, com desenvolvimento e avaliação de metodologias para a qualificação do cuidado. A indicação de espaços coletivos para discussão e troca dialógica compareceu em algumas pesquisas, como forma de capacitação para fortalecimento das relações e da produção de cuidado.

As experiências de formação e qualificação de profissionais de outros países, mesmo com um sistema de saúde público diferente do Brasil, podem nos trazer alguma contribuição como estratégias de qualificação do cuidado e prevenção as questões relacionadas ao suicídio. Um bom exemplo são os *gatekeepers*, pois, sabemos que o envolvimento da comunidade é de fundamental importância para as questões do comportamento suicida.

As experiências nacionais são ainda em número reduzido, principalmente no que tange as publicações. Das leituras de pesquisas e estudos realizados, a indicação que mais foi indicada como estratégia é a educação permanente ou continuada, mas poucas relatam se esses espaços para os profissionais estão sendo garantido.

Uma questão observada é que, apesar de o suicídio ser considerado um fenômeno de saúde pública pela Organização Mundial da Saúde, pelos altos índices de tentativas e óbitos, que trazem sequelas (clínicas, psicológicas e/ou sociais) diversas e, as vezes, irreversíveis aos sobreviventes, o tema suicídio e tentativas de suicídio, ainda é considerada um tabu. Desta forma, a presença do estigma em relação a tal temática, se configura como um elemento que interfere diretamente na produção do cuidado pelos profissionais, quiçá na formação e na construção das políticas públicas. A marginalização que envolve o suicídio ceifa a possibilidade de se promover o acolhimento, o encaminhamento na rede e cuidado as pessoas, de forma a atendê-lo sem sua integralidade, no campo da saúde.

Essa questão nos leva ao próximo ponto que emerge como um aspecto do cuidado para as questões do suicídio, ou na dificuldade desse cuidado pelos profissionais. É uma questão que surge na literatura e que trago de experiências do meu cotidiano e memórias profissionais. Que está relacionada a formação profissional, ao modelo de saúde adotado pelo sistema e aos processos de trabalho, mas também a questões subjetivas.

As práticas de cuidado as questões do suicídio é analisador de uma visão do modelo de assistência em saúde que ainda impera em nossa cultura, independente da profissão, e que pode ser capturado pelo instituído e reproduzir na postura das práticas cotidianas em saúde, que a solução para todos os tipos de sofrimentos pode ser encontrada na medicalização.

Ao analisar as leituras e minha trajetória profissional, nas organizações dos serviços, percebe-se que o cuidado além de fragmentado, também é hierarquizado na equipe, aparecendo no cotidiano como algo naturalizado diante da captura. O discurso é de integralidade, porém, temos que reconhecer que a subjetivação, promove captura, quase que inevitavelmente imperceptível, nas relações, na produção do cuidado, logo, no trabalho que poderia ser mais afetivo.

Observa-se na literatura que o chamado modelo flexneriano, utilizado nas formações, principalmente biomédicas, continua reverberando nas práticas de cuidado e no modelo de atenção à saúde no Brasil, corroborando com as percepções descritas anteriormente, que centra a assistência num sistema ainda fragmentado, hierarquizado e superespecializado, na vertente de um modelo hegemônico.

Ainda vemos isso nos serviços quando a valorização é maior em relação aos procedimentos e a medicalização, expressando uma ação hegemônica em âmbito geral. Que “capturou seus sentidos e significados no campo nuclear das profissões” (MERHY, 2005, p. 03).

O conceito de saúde concebido nos últimos tempos a partir de um olhar ampliado sugere uma ampliação das possibilidades de abordagem do sujeito.

Pelas leituras realizadas, a formação do profissional interfere diretamente no tipo de cuidado dispensado as pessoas com questões relacionadas ao suicídio.

Apesar das mudanças no sistema do ensino superior e a busca por novos modelos de atenção que valorizem a integralidade, o cuidado humanizado e a promoção da saúde, ainda temos muito que avançar.

É de se esperar, assim, que tanto o tabu quanto o estigma estejam na base das dificuldades apontadas por alguns estudos acerca do cuidado (em saúde ou não) prestado a sobreviventes de tentativas de suicídio.

Falar sobre fazer uma escuta diante do risco de suicídio, não tem uma precisão. A atenção e o manejo a essa demanda exigem um cuidado específico, com algumas particularidades e habilidades técnicas. Além da escuta, o acolhimento, o trabalho em equipe e tomada de atitude diante a uma situação de crise. Conhecimentos que devem ser incluídos nas formações, mas discutidos de forma cotidiana nos serviços de saúde, pois não temos como desconsiderar os sentimentos e reações (medos, preconceitos, tabus) que mobilizam os profissionais no seu dia a dia que é dinâmico.

Isso se justifica, pois para se produzir o cuidado no território, num formato de rede, com profissionais que acolhem e acompanham de forma interdisciplinar é preciso saber lidar com os conflitos que naturalmente existem em equipes, e os processos de trabalho que precisam ser aprofundados e problematizados no cotidiano.

Não há como produzir cuidado, sem ser cuidado. Desta forma, temos como produzir cuidado no nosso cotidiano de trabalho, utilizando a educação permanente como estratégia de promoção e prevenção inseridas nesse cotidiano vivo e pulsante. Isso não exclui, a complementação através de treinamentos e capacitações específicas do tema suicídio.

Falar sobre todas essas questões em rodas de conversa dialógicas, numa construção coletiva, fez com que aumentasse a potência de algumas equipes onde atuei.

O fortalecimento e a efetivação dos princípios e diretrizes das políticas de saúde, incluindo uma política para a atenção ao suicídio, têm se colocado como um grande desafio aos profissionais e gestores. Na medida em que, há uma fragmentação entre

a identificação das reais necessidades, e, o intuito de produzir estratégias, métodos, técnicas e instrumentos de trabalho que produzam saúde integral, que possibilitem subjetividades, sem normatividades que sustentem a permanência da 'vida' a qualquer preço.

O modelo de cuidado que sendo construído no país, refletindo em novas práticas profissionais e gestoras através das redes de saúde dependem de profissionais que comportem a dimensão ética nessa outra forma de fazer saúde, não mais favorecida pela verticalidade, mas por sua horizontalidade, de forma multidisciplinar e micropolítica.

Essa constatação, mais do que enraizar e engessar análises e interpretações, pede, ao contrário, desterritorializar posições e verdades, operar ações para as práticas de cuidado, criar linhas de fuga, novas subjetivações e outras reflexões.

Um dos desafios, então, é incluir nas formações dos profissionais de saúde, tecnologias relacionais que desenvolvam habilidades e competências para as relações interpessoais, a formação de vínculo, além de conhecimento específico sobre as questões do suicídio, assim como o tema da morte e do estigma de forma cotidiana. Ou seja, um cuidado qualificado também constitui, uma forma de prevenção.

Desta forma, a formação profissional é um importante meio que se constitui para a produção do conhecimento, e deve possibilitar um refinamento teórico e informativo acerca do manejo, prevenção e cuidado ao suicídio. Além, de sensibilizar, viabilizar a construção de novos conceitos, ampliar a visão sobre a política pública de atenção ao tema e, com isso, oferecer as condições necessárias para o profissional de saúde realizar análises críticas acerca da produção do cuidado, dirimindo o estigma.

Contudo, diante das poucas pesquisas encontradas acerca de formação ou capacitações de profissionais de saúde para lidar com as questões do suicídio, no Brasil, e a literatura trouxe sobre os desafios na educação superior, me leva a concluir que há um desaquecimento das políticas públicas. Além, do fato de poucas experiências de como estão e, se estão acontecendo ações de educação permanente nos territórios de saúde como preconizado na PNEP e ENPS.

Todas essas questões trazidas, aponta para necessidade urgente de reflexões dos profissionais, gestores e academia, pois além da formação universitária fragilizada, a falta de espaço para uma educação permanente aos profissionais da saúde no cotidiano, configura-se como uma produção de cuidado inadequada.

Porém, mesmo diante tudo isso, Merhy (2004) traz reflexões sobre o protagonismo do trabalhador da saúde e sua implicação, ao colocar que os sujeitos que estão na produção do cuidado devem estar sempre em autoanálise investigando suas próprias práticas na produção de conhecimento. Que se interroguem sobre o sentido das situações em foco, interroguem a si mesmos e a sua própria significação enquanto sujeitos de todos estes processos.

“O trabalho vivo não pode em ato, no interior do processo de trabalho, libertar-se plenamente do trabalho morto, mas tem condições de comandá-lo se conseguir aprender a interrogá-lo, a duvidar do seu sentido e a abrir-se para os ruídos/analísadores presentes no seu cotidiano” (MERHY, 1997, p 02). Pois, se não podemos mudar o macro, as superestruturas, temos que lidar enquanto profissionais da saúde com os determinantes, regulamentos e normativas de dentro de uma rede de serviços. Refletir em como nos mover nesses espaços e pensar na micropolítica com intuito de transformação.

Desta forma, se uma mudança macro depende de uma série de fatores (política de saúde, construção de redes, organização de processo e processos de educação permanente) e que nem sempre seremos incluídos para essa discussão, então, os movimentos, enquanto profissionais da saúde, devem ser fomentados nas relações do cotidiano, nos agenciamento dos micro-processos.

Como vimos, o MS reafirmou seu compromisso de implantar um plano nacional de prevenção ao suicídio e através de uma agenda de estratégias reafirma o intuito de melhor preparar os profissionais da saúde sobre os fatores de risco, prevenção do suicídio e intervenções eficazes. Além de trazer, também, a proposta de atualização dos manuais para os profissionais sobre a temática.

É fundamental reconhecer a necessidade de novas dimensões do cuidar, que nos propiciam uma compreensão mais profunda de nossas ações enquanto profissionais de saúde.

É fato que é preciso rever teorias, conceitos e práticas de cuidado e posturas para produzir um cuidado integral, respeitando a singularidade das pessoas e, no seguimento as que estão com questões relacionadas ao suicídio.

Nesse contexto, a qualificação e o comprometimento dos profissionais de saúde tornam-se mais que uma estratégia, torna-se uma atitude diante da vida.

Dessa maneira, uma tarefa é deveras urgente, no lugar do lamento, da prostração e da resignação frente aos exercícios de poder, aos assujeitamentos, às normatizações e à biopolítica, Foucault (1984) sugere aprendermos a identificar e a instituir, na própria microfísica dos poderes, as resistências possíveis, novas, não pré-fabricas, mas aquelas constantemente estilizadas.

Por fim, ao desenvolver estudos trazendo memórias e trajetórias profissionais pessoais há sempre um risco envolvido. Principalmente sobre um tema tão complexo e ainda pouco estudado. Porém, ao me propor essa tarefa, fui movida pelo desejo de participar e contribuir com movimento que possibilite transformações diante da vida.

Falar da minha trajetória me fez identificar e pensar resistências possíveis, ainda por ser fazer. E finalizar minha pesquisa com todas as afecções e afetos que me atravessaram é início de uma resistência. Não foi e não é tarefa fácil, mas minha proposta, então, é um convite/desafio: de adesão à vida!

Tornou-se evidente que ainda temos muito a caminhar, diante as poucas publicações de experiências nacionais quando o assunto é suicídio, principalmente no que se refere a qualificação do profissional da saúde. Confirmando que a questão da educação em saúde ainda demanda investimentos.

A implantação do SUS e todas as mudanças que vêm ocorrendo é um marco no processo da saúde. Sabemos que a estratégia para se atingir a equidade, a universalidade, a integralidade no âmbito dos sistemas de saúde é um processo lento e imbuído de tensionamentos.

Destarte, ainda temos que avançar e reduzir a distância entre a dimensão conceitual e o que se tem conseguido realizar concretamente a partir das políticas públicas. Pois, o que a prática e as leituras mostram é que o modelo biomédico, hierárquico e

preventivista/higienista ainda estão presentes no SUS e nas formações acadêmicas, apesar de algumas experiências inovadoras.

Não será a quantidade de dispositivos de saúde, mas a potência existente para se produzir encontros que germinará a possibilidade de transformação.

Por outro lado, há uma visibilidade das questões em relação a Saúde Mental e do suicídio, que precisamos repensar enquanto profissionais, gestores e academia. Após anos de discussões e investimentos no cuidado, com muitos avanços em determinadas regiões do país, vemos ainda uma fragmentação e uma fragilidade na rede. Além das disputas econômicas e de núcleos de saberes.

Entendendo que a ENPS tem como diretriz estar associada a Política Nacional de Saúde Mental e a Política de Educação Permanente, que conferem ao modo psicossocial e a política de humanização outra forma de se relacionar com o cuidado e com a capacitação profissional, e, como essas políticas passam a engendrar espaços e fazeres capazes de produzir cuidado, mais ações devem ser realizadas para garantir a integralidade do cuidado ao suicídio.

Assim, nota-se a importância de esse tema ser tratado com mais atenção na academia a partir de incentivos a pesquisa e novas publicações, uma vez que é complexo e impacta na saúde pública.

As questões abordadas nesse estudo tiveram como intuito, além de pensar a qualificação do profissional da saúde para o cuidado ao suicídio, foi trazer à luz e refletir essa temática que é de “todos”.

Não é uma obra acabada, pois os desafios que se colocam são muitos. Que se nutre da construção das relações e circunstâncias específicas de cada encontro num fazer cotidiano que está sempre aberto e pulsante.

Pensar a complexidade da vida, ampliar o olhar e a escuta, deixar-se afetar pelo outro e abrir-se para o diferente. Olhar o sujeito para além do suicídio.

Chegando ao fim...

Creio que este é um desafio que nos permite a construção de uma grande pauta de discussões e reflexões e, até mesmo, de novas produções teóricas.

*Disfarça, tem gente olhando. Uns olham para o
alto, cometas, luas, galáxias. Outros, olham de
banda, lunetas, luas, sintaxes. De frente ou
de lado, sempre tem gente olhando, olhando ou
sendo olhado.*

*Outros olham para baixo, procurando algum
vestígio do tempo que a gente acha, em busca
do espaço perdido. Raros olham para dentro, já
que dentro não tem nada. Apenas um peso
imenso, a alma, esse conto de fada.*

Paulo Leminski (2000)

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

ACIOLE, G. G.; MERHY, E. E. Uma nova escola médica é possível? Aprendendo com a CINAEM as possibilidades de construção de novos paradigmas para a formação em Medicina. **Rev. Pró-posições**, v.14, n.1(40), p.53-68, 2003.

ALVAREZ, A. **O Deus selvagem. Um estudo do suicídio**. Tradução de Sonia Moreira. São Paulo: Companhia das Letras, 1999.

AMARANTE, P. (Org.). **Psiquiatria social e reforma psiquiátrica**. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 1994.

_____. **Ohomem e a serpente: outras histórias para a loucura e a psiquiatria**. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 1996.

_____. (Coord.). **Loucos pela Vida: a trajetória da reforma psiquiátrica no Brasil**. 2. ed. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 1998.

_____. (Coord.). **Arquivos de saúde mental e atenção psicossocial**. Rio de Janeiro: Nau Editora, 2003.

_____. **Saúde Mental e Atenção Psicossocial**. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2007.

ANGERAMI-CAMON, V. A. **Tendências em psicologia Hospitalar**. São Paulo: Pioneira Thomson Learning 2004.

ANGERAMI-CAMON, V. A. **Suicídio – uma alternativa à vida: uma visão clínica existencial**. São Paulo: Traço, 1986.

ARAÚJO, D. MIRANDA, M C G DE, BRASIL L. S.- **Formação de profissionais de saúde na perspectiva da integralidade**. Revista Baiana v.31, Supl.1, p.20-31 jun. 2007.

ARIÈS, P. **História da morte no Ocidente : da Idade Média aos nossos dias**. Trad. de Priscila Viana de Siqueira. Rio de Janeiro : Nova Fronteira, 2012.

AROUCA, S. **O dilema preventivista – contribuição para a compreensão e crítica da Medicina Preventiva**. São Paulo: UNESP, Rio de Janeiro: FIOCRUZ, 2003.

ASSOCIAÇÃO BRASILEIRA DE PSIQUIATRIA (ABP). **Suicídio: informando para prevenir**. Brasília: CFM/ABP, 2014. Disponível em: <<http://bit.ly/2p0sThW>>. Acesso em: 20 jun. 2015.

BAREMBLITT, G. **Compêndio de análise institucional e outras correntes: teoria e prática**. Rio de Janeiro: Rosa dos Tempos, 1992.

BARROS, M.E.B.B.; PINTO, S. **Questões metodológicas**. Texto de referência da disciplina de metodologia científica do curso de especialização em Clínica Transdisciplinar. (não publicado) 2003.

BERTOLETE, J.M; Fleischmann A. **Suicide and psychiatric diagnosis: a world wide perspective**. World Psychiatry, 2002.

BERTOLETE, J.M. **O suicídio e a sua prevenção**. In: MELEIRO, A. M. A. S.; TENG, C. T.; WANG, Y. P. (Coord.). **Suicídio: estudos fundamentais**. São Paulo: Segmento Farma, 2004. p. 193-205.

BOTEGA, N. **Crise Suicida: Avaliação e Manejo**. Porto Alegre: Artmed, 2015.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Lei nº 8080, de 19 de setembro de 1990. Dispõe sobre as condições para proteção e recuperação da saúde, a organização e funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências**. Brasília-DF, Diário Oficial da União, 1990.

_____. Ministério da Saúde. Portaria SNAS/MS/INAMPS nº 224, de 29 de janeiro de 1992. **Diretrizes e normas para o atendimento em saúde mental**. Disponível em: <<http://bit.ly/2FDW5pr>>. Acesso em: mai. 2016.

_____. Ministério da Educação. **Lei nº 9.394/1996. Estabelece as diretrizes e Bases da educação nacional**. Brasília, 1996. Disponível em: <<http://bit.ly/2FHiFyd>>. Acesso em: 22 jun. 2017.

_____. Ministério da Saúde. **Saúde da família: uma estratégia para a reorientação do modelo assistencial**. Brasília: Ministério da Saúde, 1998.

_____. Ministério da Educação. **Orientação para as Diretrizes Curriculares dos Cursos de Graduação**. Brasília: Ministério da Educação, 2001a. Disponível em: <<http://bit.ly/2FFiSCd>> Acesso em: 22 set. 2007.

_____. Ministério da Saúde. **Curso de formação de facilitadores de educação permanente em saúde: unidade de aprendizagem – trabalho e relações na produção do cuidado em saúde**. Fiocruz, 2005. Disponível em: <<http://bit.ly/2FwIA8O>>. Acesso em: fev. 2016. ****

_____. **Curso de formação de facilitadores de educação permanente em saúde: unidade de aprendizagem – trabalho e relações na produção do cuidado em saúde**. Ministério da Saúde/Fiocruz, 2005. Disponível em: <http://bit.ly/2u0unic>. Acesso em fevereiro/2016.

_____. **Prevenção do Suicídio: manual dirigido a profissionais das equipes de saúde mental**. 2006a. Disponível em: <<http://bit.ly/2txF9w4>>. Acesso em: jan. 2016.

_____. Portaria no. 1876. **Diretrizes Nacionais para Prevenção ao Suicídio**. Publicado em 14 de agosto de 2006b. Disponível em: <<http://bit.ly/2lfneNX>>. Acesso em: set. 2015.

_____. Ministério da Saúde. **Portaria GM Nº 154, de 24 de janeiro de 2008. Cria os Núcleos de Apoio à Saúde da Família – NASF**. Brasília: Ministério da Saúde, 2008.

_____. **Política Nacional de Educação Permanente em Saúde**. Ministério da Saúde. Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação em Saúde. Brasília, Ministério da Saúde, 2009. Disponível em: <<http://bit.ly/2FnQxQC>>. Acesso em: jun. 2015.

_____. **Clínica ampliada e compartilhada**. Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Política Nacional de Humanização da Atenção e Gestão do SUS. Brasília: Ministério da Saúde, 2009. Disponível em: <<http://bit.ly/2FqtTHu>>. Acesso em: jun. 2015. ***

_____. **Saúde Mental. Cadernos de Atenção Básica**, nº 34. Brasília, 2013 Disponível em: <<http://bit.ly/2Fvu8wT>>. Acesso em: jan. 2015.

_____.Ministério da Saúde. **Notificação de Violência Interpessoal/Autoprovocada**. Portaria GM/MS nº 1271/2014 e SINAN versão 5.0. Disponível em: <http://bit.ly/2Hh1Gzd>>. Acesso em: mai. 2016.

_____. Ministério da Saúde. **Setembro amarelo: Ministério da Saúde lança Agenda Estratégica de Prevenção do Suicídio**. Disponível em: <<http://bit.ly/2G9Yc26>>. Acesso em: jan. 2018.

BRIMLOW, D; COOK, J; SEATON, R. **Stigma and HIV/AIDS**: a review of the literature. Rockville, MD: U.S. Department of Health and Human Services; 2003.

BUUS N, CASPERSEN J, HANSEN R, STENAGER E, FLEISCHER E. **Being the parent of a son or daughter who has attempted suicide: a qualitative focus group study**. J Adv Nurs. 2014;70(4):823-32.

Cais, C., Silveira, I., Stefanello, S., & Botega, N. (2011). **Suicide Prevention Training for Professionals in Public Health Network in a large Brazilian City**. Archives of Suicide Research. Routledge Taylor& Francis Group, Volume 15, pp. 384-389.

CAMPOS, G W S.; DOMITTI, A C. Apoio matricial e equipe de referência: uma metodologia para gestão do trabalho interdisciplinar em saúde. In: **Caderno Saúde Pública**. Rio de Janeiro, v. 23(2), 2007. p. 399-407.

CAMELO SHH, ANGERAMI ELS. Formação de recursos humanos para estratégia de saúde da família. Ciencia Cuidado Saúde. 2008;7(1):45-52.

CASSORLA, R. M. S. **O que é suicídio**. São Paulo: Brasiliense, 1986.

_____. R. M. S. (Coord.). **Do suicídio: estudos brasileiros**. Campinas: Papirus, 1991.

_____. R. Suicídio e autodestruição humana. In: BOTECA & B. S. G. WERLANG (Org.). **Comportamento Suicida**. Porto Alegre: Artmed, 2004. p. 21-33.

CASULLO, M. M.; BONALDI, P. D.; LIPORACE, M. F. **Comportamientos suicidas en la adolescencia: Morir antes de la muerte**. Buenos Aires: Lugar Editorial. 2000.

CECCIM, R. B.; CARVALHO, Y. M. Ensino da saúde como projeto da integralidade: a educação dos profissionais de saúde no SUS. In: PINHEIRO, R.; CECCIM, R. B., MATTOS, R. A. (Org.). **Ensinar Saúde: a integralidade e o SUS nos cursos de graduação na área da saúde**. 2.ed. Rio de Janeiro: IMS/UERJ: CEPESQ: ABRASCO, 2006. p.69-92.

CECCIM, R. B.; FEUERWERKER, L. C. M. Mudança na graduação das profissões de saúde sob o eixo da integralidade. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v.20, n.5, p.1400-1410, set-out, 2004a. Disponível em: <<http://bit.ly/2oXaL9v>>. Acesso em: 27 set. 2017.

_____. O Quadrilátero da Formação para a Área da Saúde: Ensino, Gestão, Atenção e Controle Social. **PHYSIS: Revista de Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 14, n. 1, p.41-64, 2004. Disponível em: <<http://bit.ly/2lueovM>>. Acesso em: 20 jul. 2017.

CECILIO, LCO MERHY, E. E. A Integralidade do Cuidado como Eixo da Gestão Hospitalar. In: PINHEIRO, R.; MATTOS, R. A. **Construção da Integralidade: cotidiano, saberes e práticas de saúde**. 2 ed. Rio de Janeiro:UERJ, IMS: ABRASCO, p.197-210, 2003.

CECCIM, R. B. (2005). **Educação Permanente em Saúde: descentralização e disseminação de capacidade pedagógica na saúde**. *Ciência & Saúde Coletiva*, 10(4), 975-986.

CESCON, L. F. **Cuidado, frágil: aproximações e distanciamentos de trabalhadores de um CAPS na atenção ao suicídio**. UNIVERSIDADE FEDERAL DE SÃO PAULO CAMPUS BAIXADA SANTISTA, 2015

CONTE, M.; MENEGHEL, S. N.; TRINDADE, A. G.; CECCON, R. F.; HESLER, L. Z.; CRUZ, C. W.; SOARES, R.; PEREIRA, S.; JESUS, I. **Programa de Prevenção ao Suicídio: estudo de caso em um município do sul do Brasil**. *Ciência e Saúde Coletiva*, v.17, n. 8, p. 2017-2026, 2012. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/csc/v17n8/13.pdf>>. Acesso em: 20 fev. 2017.

CORDEIRO, D C; BALDAÇARA, L. **Emergências psiquiátricas**. São Paulo: Roca, 2007, p. 3) MINAS GERAIS. Secretaria de Estado de Saúde. Atenção em Saúde Mental. Marta Elizabeth de Souza. Belo Horizonte, 2006

CORREA H, PEREZ SB. O suicídio: definições e classificações. In: _____. **Suicídio, uma morte evitável**. São Paulo: Atheneu, 2006. p. 06.

COSTA, A M. **Integralidade na atenção à saúde integral**. Revista Saúde e Sociedade, São Paulo, 13(3): 5-15, set-dez. 2004.

COSTA, J.; WETZEL, C.; KOHLRAUSCH, E. Concepções dos agentes comunitários de saúde sobre o atendimento aos usuários com tentativas de suicídio. In: **Anais da 24ª Semana Científica do Hospital de Clínicas de Porto Alegre** . Porto Alegre, 2007a.

CROSS, W.; MATTHIEU, M.M.; LEZINE, D.; KNOX, K.L. **Does a brief suicide prevention gatekeeper training program enhance observed skills?** Crisis 2010, 31, 149–159.

DAOLIO ER. **Suicídio: tema de reflexão bioética**. Rev. bioét. (Impr.). 2012;20(3):436-41.

DE BEURS, D.P.; DE GROOT, M.H.; DE KEIJSER, J.; MOKKENSTORM, J.; VAN DUIJN, E.; DEWINTER, R.F.P.; KERKHOF, J.F.M. **The effect of an e-learning supported: Train-the-Trainer programme on implementation of suicide guidelines in mental health care**. J. Affect. Disord. 2015, 175, 446–453

DIMENSTEIN, M.D.B. **Subjetividade e práticas institucionais: a reforma psiquiátrica em foco. Apresentação**. Revista Vivência, 32. 2007, p.25-31.

DYREGROV K. **What do we know about needs for help after suicide in different parts of the world? A phenomenological perspective**. Crisis. 2011;32(6):310-8.

DURKHEIN, E. **O Suicídio: estudo de sociologia**. São Paulo: Martins Fontes, 2004.

DELEUZE, G. **Espinosa: filosofia prática**. São Paulo: Escuta, 2002.

ESTELLITA-LINS, C. (Org.) et al. **Trocando seis por meia dúzia**: suicídio como emergência do Rio de Janeiro. Rio de Janeiro: Mauad X: FAPERJ, 2012.

FERRARI, I F. Centro de Acolhimento da Crise: Hospital Galba Velloso e algumas de suas respostas aos desafios da Reforma Psiquiátrica DOI 10.5752/P.1678-9563.2010v16n3p517. **Psicologia em Revista**, [S.l.], v. 16, n. 3, p. 517-536, mai. 2011. Disponível em: <<http://bit.ly/2Fts9sO>>. Acesso em: 26 Fev. 2017.

FEUERWERKER, L. M. C. **Micropolítica e saúde: produção do cuidado, gestão e formação**. Porto Alegre: Rede Unida, 2014.

FIGUEIREDO, M. D., & CAMPOS, G. W. S. (2014). **O apoio Paideia como metodologia para processos de formação em saúde**. Interface (Botucatu), Supl 1, 931-43.

FOUCAULT, M. **História da Loucura na Idade Clássica**. São Paulo: Perspectiva, 1978.

_____. **O nascimento da clínica**. Rio de Janeiro: Forense Universitária, 1994.

_____. História da sexualidade I: **A vontade de saber**. Trad. Maria Thereza da Costa Albuquerque e J. A. Guilhon Albuquerque. RJ: Edições Graal, 1988. p. 30

_____. Direito de morte e poder sobre a vida. In: *História da sexualidade I: a vontade de saber*. Rio de Janeiro: Edições graal, 1988, p. 125 – 152.

_____. Microfísica do poder. 4. ed. Rio de Janeiro: Edições Graal, 1984.

FONSECA, J. J. S. **Metodologia da pesquisa científica**. Fortaleza: UEC, 2002. Apostila

FRANCO, C. M.; FRANCO, T. B. **Linhas do cuidado integral: uma proposta de organização da rede de saúde**, 2012. Disponível em: <<http://bit.ly/2oWpSzZ>>. Acesso em: 22 abr. 2017.

FRANCO T. B., MERHY E. E. O reconhecimento de uma produção subjetiva do cuidado. In: FRANCO T. B., MERHY E.E. (orgs.). **Trabalho, produção do cuidado e subjetividade em saúde**. Textos Reunidos. São Paulo: Hucitec, 2013. p. 172-182.

_____. Programa de saúde da família (PSF): contradições de um programa destinado À mudança do modelo tecnoassistencial. In: MERHY, E.E. et al. **O trabalho em saúde: olhando e experienciando o SUS no cotidiano**. São Paulo: Hucitec, 2003, p. 55-124.

FRANCO, T. B. As redes na micropolítica do processo de trabalho em saúde. In: ROSANI, P; MATTOS, R. A. **Gestão em redes: práticas de avaliação, formação e participação na saúde**. Rio de Janeiro: CEPESC, 2006. 459-473.

FREITAS, J de L et al. Revisão Bibliométrica das Produções Acadêmicas Sobre Suicídio Entre 2002 e 2011. **Psicologia em Pesquisa**, Juiz de Fora, p. 251-260, dezembro de 2013. Disponível em <<http://bit.ly/2p0V3JZ>>. Acesso em: jun. 2017.

FUKUMITSU, K O. **Nem toda pessoa que se mata tem depressão**. Uol, São Paulo, 2017. Entrevista concedida à reportagem do Uol. Disponível em: <<http://bit.ly/2FFbNRm>>. Acesso em: 22 dez. 2017.

_____. **O processo de luto do filho da pessoa que cometeu suicídio**. 2013. Tese (Doutorado em Psicologia) – Programa de Pós-Graduação: Psicologia Escolar e do Desenvolvimento Humano, Universidade de São Paulo, São Paulo, 2013. Disponível em: <www.teses.usp.br/teses/disponiveis/47/47131/tde.../fuku_corrigida.pdf>. Acesso em: 01 fev. 2017

GHONCHEH, R.; GOULD, M.S.; TWISK, J.W.; KERKHOF, A.J.; KOOT, H.M. **Efficacy of Adolescent Suicide Prevention E-Learning Modules for Gatekeepers: A Randomized Controlled Trial**. JMIR Ment. Health 2016, 3, e8.

GUATARRI F, ROLNIK S. **Micropolítica: cartografias do desejo**. Petrópolis: Editora Vozes; 1986.

GUTIERREZ, B. A. O. (2014). **Assistência hospitalar na tentativa de suicídio**. Psicologia USP, 25(3), 262-269.

GOFFMAN, Erving. Estigma: **Notas sobre a manipulação da Identidade deteriorada**. Tradução de Márcia Bandeira de Leite Mello. Rio de Janeiro: Zahar, 1975.

GOLDNEY, R.D. **Suicide Prevention. *Crisis: The Journal of Crisis Intervention and Suicide Prevention***. vol. 26(3), 2005 p.128–140.

GONZÁLEZ A D, ALMEIDA M J de- **Movimentos de mudança na formação em saúde: da medicina comunitária às diretrizes curriculares**. Physis Revista de Saúde Coletiva, Rio de Janeiro, 20 [2]: 551-570, 2010

GOULART, M. S. B. Tendências de pesquisa em Psicologia social no departamento de Psicologia da PUC Minas. In: **Anais da 2ª Semana de Psicologia Política da UFMG: A Psicologia e a ideologia no trabalho em comunidades**. Belo Horizonte: UFMG/Fapemig, 1994.

JAMISON, K. R. **Quando a noite cai: entendendo a depressão e o suicídio**. 2. ed. Rio de Janeiro: Gryphus, 2002.

JORGE, M de M et al. Um pouco de história: a trajetória dos estágios no curso de Psicologia, unidade Coração Eucarístico, da PUC Minas. **Psicologia em Revista**, [S.l.], p. 63-72, abr. 2009. Disponível em: <<http://bit.ly/2HI56RH>>. Acesso em: 26 Fev. 2017.

KANIWA I, KAWANISHI C, SUDA A, HIRAYASU Y. **Effects of Educating Local Government Officers and Healthcare and Welfare Professionals in Suicide Prevention** - Int. J. Environ. Res. Public Health 2012, 9, 712-721; doi:10.3390/ijerph9030712- Japan

KOVÁCS, M. J. Atitudes diante da morte: visão histórica, social e cultural, In M.J. KOVÁCS (org.) **Morte e desenvolvimento humano**. Casa do Psicólogo, São Paulo. 1992.

KOVACS M.J. **Bioética nas questões da vida e da morte** Psicol. USP vol.14 no.2 São Paulo 2003

_____. **Educação para a morte desafio na formação de profissionais de saúde e educação**. São Paulo. Casa do Psicólogo: FAPESP, 2003

KUBLER-ROSS, E. **Sobre a Morte e o Morrer**. 10. ed. São Paulo: Martins Fontes, 2001.

KURCGANT, D.; WANG, Y. P. Aspectos históricos do suicídio no Ocidente. In: MELEIRO, A. M. A. S.; TENG, C. T.; WANG, Y. P. (Coord.). **Suicídio: estudos fundamentais**. São Paulo: Segmento Farma, 2004. p. 37-52.

LANCETTI, A. **Clínica Peripatética**. São Paulo: Hucitec, 2006. p. 20.

_____. Prevenção, preservação e progresso em saúde mental. In: LANCETTI, A. et al. (Direção) **Saúde Loucura 1**. 2.ed. São Paulo: Hucitec, 1989. p. 75- 89.

LATOUR, B. Como falar do corpo? A dimensão normativa dos estudos sobre a ciência. In: NUNES, J. A.; ROQUE, R. (Org.). **Objetos impuros: experiências em estudos sociais da ciência**. Porto: Afrontamento, 2007. p. 40-61.

LEMOS CLS. Educação Permanente em Saúde no Brasil: educação ou gerenciamento permanente? In: **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, 2016. v. 21. p. 913-922.

_____. **On going Health Education in Brazil: education or ongoing management**. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 21(3): 913-922, 2016.

LOURAU, R. **René Lourau na UERJ: análise institucional e práticas de pesquisa**. Rio de Janeiro: UERJ. 1993

KOVÁCS, M. J. Atitudes diante da morte: visão histórica, social e cultural. In: _____. (org.). **Morte e desenvolvimento humano**. Casa do Psicólogo, São Paulo, 1992.

MADEIRA, Joana Domingues. **Intervenção com a pessoa em crise suicida aos três níveis de prevenção: Prevenção primária, secundária e terciária**. 2014. Dissertação (Mestrado em Enfermagem de Saúde Mental e Psiquiatria). Instituto Politécnico de Setúbal, Portugal.

MALISKA, M. E. ; WALLAUER, A. . **Suicídio: um desafio para os profissionais da saúde**. 01. ed. Florianópolis-SC: Pandion, 2012. v. 01. 202p

MANN, J.J, APTER, A., BERTOLE, J., BEAUTRAIS, A., CURRIER, D., HAAS, A., SHAFFER, D. **Suicide Prevention Strategies. A Systematic Review**. American Medical Association, Vol. 294 nº16, 2005, p. 2064-2074.

MARÍN-LEÓN, L.; OLIVEIRA, H. B., BOTEAGA, N. J. Suicide in Brazil, 2004-2010: The importance of small counties. **Revista Panamericana de Salud Publica**, 2012. p. 351-359.

MARQUETTI, F.C. **O Suicídio como Espetáculo na Metrópole de São Paulo**. São Paulo: Ed. UNIFESP, 2012.

MATTOS, R. A. Os Sentidos da Integralidade: algumas reflexões acerca de valores que merecem ser defendidos. In: PINHEIRO, R.; MATTOS, R. A.(Org.). **Os sentidos da integralidade na atenção e no cuidado à saúde**. Rio de Janeiro: UERJ, IMS: ABRASCO, 2001, p.39-64.

MELEIRO, A. M. A. S. e BAHLS, S. O comportamento suicida. In: MELEIRO, A. M. A. S.; TENG, C. T. e WANG Y. P. **Suicídio: estudos fundamentais**. São Paulo: Segmento Farma, 2004.

MELEIRO, A. M. A. S., BOTEAGA, N. J.,& PRATES, J. G. Manejo das situações ligadas ao suicídio. In: MELEIRO, A. M. A. S.; TENG, C. T. e WANG Y. P. (Orgs.). **Suicídio: estudos fundamentais**. São Paulo: Segmento Farma, 2004. p. 175-192.

MELEIRO, A. M. A. S.; FENSTERSEIFER, L.; WERLANG, B. S. Esforços para a prevenção. In: WERLANG, B. S. G.; BOTEAGA, N. J. (Org.). **Comportamento suicida**. Porto Alegre: Artmed, 2004. p. 141-152.

MENDES, E.V. et al. Distritos sanitários: conceitos chave. In: MENDES, E.V. (Or/g.). **Distrito sanitário: o processo social de mudança das práticas sanitárias do sistema único de saúde**. 3 ed. São Paulo: Hucitec-ABRASCO, 1995. p. 159-185.

_____. **Uma agenda para a saúde**. São Paulo: Hucitec,1996.

_____. **A atenção primária à saúde no SUS**. Fortaleza: Escola de Saúde Pública do Ceará, 2002.

_____. **Revisão bibliográfica sobre redes de atenção à saúde**. Brasília: Ministerio da Saude: 2011 Acesso em: 12 abr. 2017.

MENDESA P P S da, MOEBUS L R N- **A Produção do Cuidado como Micropolítica**, Diversitates International Journal: Vol. 08, N. 01 – julho (2016) – Revista de saúde coletiva e bioética Universidade Federal Fluminense – Brasil

MERHY, E. E.; FRANCO, T. B. **Por uma composição técnica do trabalho centrada no campo relacional e nas tecnologias leves**. *Saúde em debate*. ano XXVII, v.27, n.65. Rio de Janeiro, Set./dez. de 2003.

_____. **As redes de atenção à saúde**. Brasília: Organização Pan-Americana da Saúde, 2011.

_____. **Por uma composição técnica do trabalho centrada no campo relacional e nas tecnologias leves**. *Saúde em debate*, ano XXVII, v.27, n.65. Rio de Janeiro, Set./dez. de 2005

_____. Em busca do tempo perdido: a micropolítica do trabalho vivo em saúde. In: MERHY, E.E.; ONOCKO, R. (Org.). **Agir em saúde: um desafio para o público**. 2. ed. São Paulo: Hucitec, 1997, p. 71-112.

MERHY, E.E.; FEUERWERKER, L.C.M. **Novo olhar sobre as tecnologias de saúde: uma necessidade contemporânea**. In: MANDARINO, A.C.S.; GOMBERG, E. (Orgs.). São Cristóvão: Editora UFS, 2009. p.29-74. Disponível em: <http://www.uff.br/saudecoletiva/professores/merhy/capitulos-25.pdf>. Acesso em junho/2017

MERHY, E.E. **Saúde: a cartografia do trabalho vivo**. Editora Hucitec. São Paulo, 2007

_____. Um dos grandes desafios para os gestores do SUS: apostar em novos modos de fabricar modelos de atenção. In: MERHY, E.E. et al. **O trabalho em saúde: olhando e experienciando o SUS no cotidiano**. São Paulo: Hucitec, 2003, p.15-35.

_____. O desafio que a educação permanente tem em si: a pedagogia da implicação. **Interface (Botucatu)**, Botucatu, v. 9, n. 16, p. 172-174, Feb. 2005. Available from <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1414-32832005000100015&lng=en&nrm=iso>. access on 27 May 2017.

_____. O ato de cuidar: a alma dos serviços de saúde. In: BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde. Departamento de Gestão da Educação na Saúde. Ver – SUS Brasil: cadernos de textos. Brasília, DF, 2004. p. 108-137. (Série B - Textos Básicos de Saúde). Disponível em: . Acesso em: janeiro de 2017

_____. Engravitando palavras: o caso da integralidade. In: PINHEIRO, R.; MATTOS, R.A. (Org). Construção social da demanda: direito à saúde, trabalho em equipe, participação e espaços públicos. Rio de Janeiro: UERJ-IMS, 2005. p. 195-206.

MIELKE, F.B. **Ações de Saúde Mental na Estratégia Saúde da Família: um estudo avaliativo**. 2009. Dissertação (Mestrado em Enfermagem). Universidade Federal do Rio Grande do Sul. Escola de Enfermagem. Programa de Pós-Graduação em Enfermagem. Porto Alegre.

MINAYO, M. **Pesquisa social - teoria, método e criatividade**. 18. ed. Petrópolis, RJ: Vozes, 1994.

MINOIS, G. **History of Suicide: Voluntary Death in Western Culture**. Tradução: Cochrane, L.G., Baltimore: The Johns Hopkins University Press, 1999.

MONCEAU, G. (2008). **Implicação, sobreimplicação e implicação profissional**. Fractal – Revista de Psicologia, 20(1), 19-26

MOURA, A.T.M.S et al- **Prevenção do suicídio no nível local: orientações para a formação de redes municipais de prevenção e controle do suicídio e para os profissionais que a integram**- Mestrado em Saúde da Família da Universidade Estácio de Sá, 2011

MOURÃO et al. **Análise institucional e educação: reforma curricular nas universidades pública e privada Educ. Soc.**, Campinas, vol. 28, n. 98, p. 181-210, jan./abr. 2007 181

NASCIMENTO, A.P.P. **O cuidado prestado a pessoas que tentaram suicídio: questões sobre a formação para o trabalho em saúde**. 2011. Dissertação (Mestrado Profissional em Educação Profissional em Saúde) - Programa de pós-

graduação em Educação Profissional em Saúde, Fundação Oswaldo Cruz. Rio de Janeiro.

NETTO, N B. Suicídio: uma questão de saúde pública e um desafio para a psicologia clínica. In: Conselho Federal de Psicologia (CFP). **O Suicídio e os Desafios para a Psicologia**. Brasília: CFP, 2013. p. 13-24.

NEVES, V. F. A. Pesquisa-ação e Etnografia: caminhos cruzados. **Pesquisas e Práticas Psicossociais**. V. 1, n.1, São João del-Rei, jun. 2006.

NICÁCIO, M.F.S. **O processo de transformação da saúde mental em Santos: Desconstrução de saberes, instituições e cultura**. Dissertação (Mestrado em Ciências Sociais). Departamento de Ciências Sociais, Pontifícia Universidade Católica de São Paulo, São Paulo, 1994.

OLIVEIRA, C.F.A. de. **Estratégia Nacional de Prevenção do Suicídio: Suas diretrizes**. Disponível em : <http://www.rebraps.com.br/2014/09/estrategia-nacional-de-prevencao-do.html>. Acesso em 15 de fevereiro de 2017

OLIVEIRA, F. Redes: o desafio da democratizacao dos saberes e poderes, limites e possibilidades. In: **Seminário Combate à Violência Contra a Mulher**. 2001, Minas Gerais: Conselho Estadual da Mulher de MG, 2001.

OLIVEIRA, Clarissa Tochetto de et al . Percepções de uma equipe de saúde mental sobre o comportamento suicida. **Gerais, Rev. Interinst. Psicol.**, Juiz de fora , v. 9, n. 1, p. 78-89, jun. 2016 . Disponível em <http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1983-82202016000100007&lng=pt&nrm=iso>. acessos em 05 mar. 2017.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DE SAÚDE. **CID-10: classificação estatística internacional de doenças e problemas relacionados à saúde**. 2.ed. São Paulo: Ed. da USP, 1995.

_____. **Prevenção do suicídio (SUPRE), estudo multicêntrico de intervenção no comportamento suicida (SUPRE-MISS)**. OMS, Genebra, 2002.

_____. **Prevenção do suicídio: manual dirigido a profissionais das equipes de saúde mental.** Brasil: Ministério da Saúde, 2006.

PAIM, Jamilson Silva. **Reforma sanitária brasileira: contribuição para compreensão e crítica.** Salvador: Edufba, 2008. p. 91-122.

PASSOS, Izabel Christina Friche et al. Notas Preliminares Sobre a Pesquisa "A Formação em Psicologia da UFMG e o Processo de Reforma Psiquiátrica em Minas Gerais nas Décadas de 60, 70 e 80". **Iniciação Científica Cesumar.** Maringá, Jan./Jun. 2009, v. 11, n. 1, p. 55-63. Disponível em: <<http://bit.ly/2DfWLvR>>. Acesso em: 20 dez. 2017.

PELBART, P. P. **Elementos para uma cartografia da grupalidade.** Disponível em:<<http://bit.ly/2DA8DsT>>. acesso em outubro de 2017.

PISANI RA, CROSS WF, WATTS A , AND CONNER K. **Evaluation of the Commitment to Living (CTL) Curriculum: A 3-Hour Training for Mental Health Professionals to Address Suicide Risk** .Published in final edited form as: Crisis . 2012 January1; 33(1): 30–38. doi:10.1027/0227-5910/a000099.

PONTES, A. L. M.; SILVA JÚNIOR; A. G., PINHEIRO, R. Ensino da saúde e a rede de cuidados nas experiências de ensino-aprendizagem. In: PINHEIRO, R.; CECCIM, R. B.; MATTOS, R. A. (Org.). **Ensinar Saúde: a integralidade e o SUS nos cursos de graduação na área da saúde.** 2. ed. Rio de Janeiro: IMS/UERJ: CEPESQ: ABRASCO, 2006. p.251-274.

RAMOS, M. N. **Educação Profissional em Saúde no Brasil: concepções e praticas nas Escolas Técnicas do Sistema Único de Saúde. Relatório de Pesquisa,** Rio de Janeiro , 2009.

Renate van Landschoot, Gwendolyn Portzky and Kees van Heeringen. **Knowledge, Self-Confidence and Attitudes towards Suicidal Patients at Emergency and Psychiatric Departments: A Randomised Controlled Trial of the Effects of an Educational Poster Campaign,** Flandres. Bélgica
<http://www.mdpi.com/journal/ijerph>, Acesso em: 02 jul. 2017.

Reynders A, Kerkhof AJ, Molenberghs G, Van Audenhove C. **Attitudes and stigma in relation to help-seeking intentions for psychological problems in low and high suicide rate regions.** Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol. 2014;49(2):231-39.

RIGO, Soraya Carvalho. Suicídio: uma questão de saúde pública e um desafio para a psicologia clínica. In: CONSELHO FEDERAL DE PSICOLOGIA. **Suicídio e os desafios para a psicologia.** Brasília: CFP, 2013. Disponível em: <http://site.cfp.org.br/publicacao/suicidio-e-os-desafios-para-a-psicologia/>. Acesso em: 02 fev. 2017.

ROLNIK, S. **Cartografia Sentimental.** Porto Alegre: Sulina; Editora da UFRGS, 2007. Pg 39

RONZANI, T.M.; RIBEIRO, M.S. Identidade e Formação Profissional dos Médicos. **Revista Brasileira de Educação Médica**, Rio de Janeiro, v. 27, n.3, p. 299-236, set./dez.2003.

ROTELLI, F.; LEONARDIS, O.; MAURI, D. Desinstitucionalização, uma outra via: a reforma psiquiátrica italiana no contexto da Europa Ocidental e dos “países avançados”. In: NICÁCIO, F. (Org.). **Desinstitucionalização.** São Paulo: Hucitec, 2001.

ROTHER ET. **Revisão sistemática X revisão narrativa.** Acta paul. Enferm 2007; 20(2):v-vi

ROVERE, M. **Redes Em Salud; Um Nuevo Paradigma para el abordaje de las organizaciones y la comunidade Rosario.** Ed. Secretaría de Salud Pública/AMR, Instituto Lazarte, 1999. Disponível em: <<http://bit.ly/2HkZKG0>>. Acesso em: 26 fev. 2016.

SANTOS, A B B dos. Impacto do suicídio – ataque ao ser: pacientes, familiares e equipe de cuidados. In: KOVÁCS, Maria Júlia (Coord.). **Morte e existência humana: caminhos de cuidados e possibilidades de intervenção.** Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2008, p. 112-125

SANTOS, J.L.F.; WESTPHAL, M.F. **Práticas emergentes de um novo paradigma de saúde: o papel da universidade.** *Estudos Avançados*, v. 13, n. 5, p. 71-88, 1999.

SANTOS, DD, Centro de Valorização da Vida (CVV): 50 anos ouvindo pessoas. São Paulo. Aliança, 2012 ***

SERRANO, A. I. **Chaves do óbito autoprovocado:** sua prevenção, assistência e gestão em saúde pública. Florianópolis: Insular, 2008.

SILVA, D. R. **E a vida continua... o processo de luto dos pais após suicídio de um filho.** 2009. Dissertação (Mestrado em Psicologia Clínica). Pontifícia Universidade Católica de São Paulo - PUC, São Paulo.

SILVA JUNIOR, Aluisio Gomes da. **Modelos tecnoassistenciais em saúde: o debate no campo da saúde coletiva.** São Paulo. Hucitec, 2006.

SILVA, M., & COSTA, I. (2010). **A rede social na intervenção em crise nas tentativas de suicídio: elos imprescindíveis da atenção.** *Revista Tempus. Actas Saúde Colectâneas*, Volume 4 nº1, pp. 19-29.

SILVA, V. P.; BOEMER, M. R. - **O suicídio em seu mostrar-se a profissionais de saúde.** *Revista Eletrônica de Enfermagem*, v. 06, n. 02, 2004. Disponível em www.fen.ufg.br

SOARES, M. B.; MACIEL, F. P. **Alfabetização.** Brasília: MEC; Inep; Comped, 2000. (Estado do Conhecimento, n. 1). Disponível em: <http://www.publicacoes.inep.gov.br/arquivos/%7BE35088B3-B51D-482A-827D-66061A4AE11E%7D_alfabetiza%C3%A7%C3%A3o.pdf>. Acesso: 3 set. 2017

SOUZA, AC. Ampliando o campo da atenção psicossocial: a articulação dos Centros de Atenção Psicossocial com a Saúde da Família. In: **Esc. Anna Nery Revista de Enfermagem**, 2006. p. 703-710.

SOUSA, E., SILVA, R.A Solidariedade como dispositivo terapêutico na Rede de Atenção Psicossocial. In: **Cadernos Brasileiros de Saúde Mental/Brazilian Journal of Mental Health**, 2016. Disponível em: <<http://bit.ly/2oXSHw9>>. Acesso em: 03 Mar. 2017.

SOUZA, A. S. A interdisciplinaridade e o trabalho coletivo em saúde. **Revista de Atenção Primária à Saúde**, Juiz de Fora, ano 2, n.2, p.10-14, mar./jun. 1999.

SUDAK H, MAXIM K, CARPENTER M. Suicide and stigma: a review of the literature and personal reflections. *Acad Psychiatry*. 2008;32(2):136-42.

SUN, F.K.; LONG, A.; BOORE, J. **The attitudes of casualty nurses in Taiwan to patients who have attempted suicide**. *Journal of clinical nursing*. Oxford.UK. 2007 Feb; 16(2):255- 63.

STARFIELD, B. **Atenção primária: equilíbrio entre necessidades de saúde, serviços e tecnologia**. Brasília: UNESCO/Ministério da Saúde, 2002.

TADROS G, JOLLEY D. **The stigma of suicide**. *Br. J. Psychiatry*.2001; 179(2).

TAFURI, Nélon. **Suicídio e tentativa**. 1961. Tese (Doutorado em Direito). Faculdade de Direito da Universidade de Minas Gerais, Belo Horizonte.

UNITED NATIONS. **Prevention of suicide guidelines for the formulation and implementation of national strategies**. New York: United Nations, 1996.

VASCONCELOS, E.M. Principais matrizes históricas de ideias e práticas em saúde mental, a partir da modernidade. In: _____. **Abordagens psicossociais: história, teoria e prática no campo**. v.1. São Paulo: Aderaldo e Rothschild, 2008. p.35-58.

VICTAL BASTOS, L.; ROMANHOLI, A. C. Saúde Mental em Vitória: A rede tensionada. IN: CAMPOS, F. B.; LANCETTI, A. (orgs). **Saúde Loucura -Experiência da Reforma Psiquiátrica**. n. 9. São Paulo: Hucitec, 2010. p.193-201.

VIDAL, C. E. L., & GONTIJO, E. D. Tentativas de suicídio e o acolhimento nos serviços de urgência: a percepção de quem tenta. In: **Cadernos de Saúde Coletiva**, 2013. p. 108-14.

VIEIRA, C. O. **Suicídio: reflexões para a prevenção e atuação em Saúde Pública**. Fortaleza, Ceará, 2007.

Vieira S, Hossne WS. **Metodologia científica para a área da saúde**. Rio de Janeiro: Elsevier; 2001.

VOSGERAU D R S; ROMANOWSKI P. Estudos de revisão: implicações conceituais e metodológicas. **Rev. Diálogo Educ.**, Curitiba, v. 14, n. 41, p. 165-189, jan./abr. 2014

WANG, Y. P.; MELLO-SANTOS, C. de; BERTOLETE, J. M. Epidemiologia do suicídio. In: MELEIRO, A. M. A. S.; TENG, C. T.; WANG, Y. P. (Coord.) **Suicídio: estudos fundamentais**. São Paulo: Segmento Farma, 2004. p. 97-108.

WASSERMAN, D. et al. The Europe and Psychiatric Association (EPA) guidance on suicide treatment and prevention. **Europe na Psychiatry**, vol. 27, 2012, p. 129-141.

WERLANG, B.G.; BOTEGA, N. J. **Comportamento Suicida**. Porto Alegre: Artmed, 2004.

WERLANG, B. S.G. Suicídio: uma questão de saúde pública e um desafio para a psicologia clínica. In: CONSELHO FEDERAL DE PSICOLOGIA (CFP). **O Suicídio e os Desafios para a Psicologia**. Brasília: CFP, 2013. p. 25-29.

WORLD HEALTH ORGANIZATION (WHO). **Preventing suicide: A resource at work**. Genève: WHO; 2006.

_____. **Preventing suicide: A global imperative**. Geneva: World Health Organization, 2014. Disponível em: <<http://bit.ly/2FnRbxy>>. Acesso em: 20 abr. 2016.

_____. **Preventing suicide: A community engagement toolkit**. Geneva: World Health Organization, 2016. Disponível em: <<http://bit.ly/2oWPehq>>. Acesso em: 22 abr. 2016.

YIP, P.S.F. et al. **Means restriction for suicide prevention. The Lancet**. June. vol. 379. 2012.

ZANA, A R de O; KOVÁCS, M J. **O psicólogo e o atendimento a pacientes com ideação ou tentativa de suicídio**. Estudos e Pesquisas em Psicologia, Rio de Janeiro, v. 13, n. 3, p. 897-921, 2013. Disponível em: . Acesso em: 20 set. 2017.